

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS S-19, Manaus/ AM**

Liosbanys Milanés Cabrera

Pelotas, 2015

Liosbanys Milanés Cabrera

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS S-19, Manaus/ AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fernanda dos Reis Souza

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C117m Cabrera, Liosbanys Milanes

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS S-19, Manaus/ AM / Liosbanys Milanes Cabrera; Fernanda Dos Reis Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Fernanda Dos Reis, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho especialmente à minha equipe de saúde pelo seu empenho no trabalho realizado e à minha esposa por seu apoio incondicional nesta caminhada.

Agradecimentos

Agradecimentos especiais para minha orientadora por sua certa condutão durante o curso.

Resumo

CABRERA, Liosbanys Milanés. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS S-19, Manaus/ AM.** 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Esta intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) S-19 em Manaus, AM como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Inicialmente foi elaborado um projeto que teve como base a análise situacional que avaliou as ações programáticas desenvolvidas na UBS. Dentre as ações desenvolvidas, foi escolhido como foco para intervenção o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Essas são patologias de grande repercussão na sociedade atual e tem causado múltiplos impactos em termos de limitação da qualidade de vida, assim como à produtividade e à funcionalidade das pessoas. Analisando esta situação e avaliando o comportamento atual destas doenças na população de abrangência da UBS S-19 foi elaborado um projeto, em consonância com as principais necessidades detectadas na comunidade. Dentre as mais relevantes encontrou-se o abandono do tratamento e sua consequente aparição de complicações. A intervenção foi planejada tendo como objetivo fundamental melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS S-19, Manaus/AM. O projeto foi desenvolvido em 12 semanas, no período de abril a julho de 2015, seguindo as orientações recomendadas pelo Protocolo de atendimento às doenças crônicas não transmissíveis. No desenvolvimento da intervenção foram utilizadas fichas espelho e planilha de coleta de dados para registro e monitoramento das informações. As ações foram desenvolvidas a partir de quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. No período da intervenção foram avaliados 230 usuários com HAS e 61 usuários com DM o que representa o 33,0% e 35,5% da cobertura respectivamente. Dentre os principais resultados alcançados pode-se assinalar a melhoria a qualidade da atenção oferecida pela equipe, a adesão dos usuários, com HAS e DM, ao programa e também foi melhorado o registro das informações coletadas. Foram realizadas atividades de mapeamento de usuários com risco de doenças cardiovascular, além de isso foram promovidas ações de saúde. Sem dúvidas a intervenção ajudou a qualificar os indicadores de saúde no território através das ações de controle na área de abrangência, implementação de ações de educação em saúde, com ênfase nos fatores de risco associados à doença, a importância do tratamento adequado e a inserção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia. Unidade básica de Saúde 19. Manaus/ AM.	11
Figura 2	Fotografia. Atividade com grupo de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes na UBS S-19.	39
Figura 3	Fotografia. Atividade de rastreamento na comunidade de Hipertensão arterial e Diabetes. UBS S-19.	40
Figura 4	Fotografia. Atendimento a usuários com Hipertensão Arterial Diabetes na UBS S-19 e no domicílio.	41
Figura 5	Fotografia. Atendimento clínico a usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes na UBS 19.	42
Figura 6	Fotografia. Atendimento domiciliar a usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes. UBS S-19.	44
Figura 7	Gráfico. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS S-19.	49
Figura 8	Gráfico. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS S-19.	50
Figura 9	Gráfico. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS S-19.	51
Figura 10	Gráfico. Proporção de diabético com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS S-19.	52
Figura 11	Gráfico. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS S-19.	53
Figura 12	Gráfico. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS S-19.	54
Figura 13	Gráfico. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS S-19.	55
Figura 14	Gráfico. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS S-19.	56
Figura 15	Gráfico. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS S-19.	57
Figura 16	Gráfico. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS S-19.	58

Figura 17	Gráfico. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS S-19.	60
Figura 18	Gráfico. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS S-19.	61
Figura 19	Gráfico. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS S-19.	62
Figura 20	Gráfico. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS S-19.	63
Figura 21	Gráfico. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS S-19.	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
DCNT -	Doenças Crônicas não transmissíveis
DM -	Diabetes Mellitus
EaD -	Educação à distância
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
PMM -	Programa Mais Médicos
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas
HIPERDIA	Programa de Atenção a usuários com HAS e/ou DM
IMC	Índice de massa corporal.
UNASUS -	Universidade Aberta do SUS

Sumário

<u>Apresentação</u>	9
<u>1 Análise Situacional</u>	10
<u>1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS</u>	10
<u>1.2 Relatório da Análise Situacional</u>	11
<u>1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional</u>	21
<u>Análise Estratégica</u>	23
<u>2.1 Justificativa</u>	23
<u>2.2 Objetivos e metas</u>	24
<u>2.2.1 Objetivo geral</u>	24
<u>2.2.2 Objetivos específicos e metas</u>	24
<u>2.3 Metodologia</u>	26
<u>2.3.1 Detalhamento das ações</u>	27
<u>2.3.2 Indicadores</u>	31
<u>2.3.3 Logística</u>	36
<u>2.3.4 Cronograma</u>	38
<u>3 Relatório da Intervenção</u>	39
<u>3.1 Ações previstas e desenvolvidas</u>	39
<u>3.2 Ações previstas e não desenvolvidas</u>	48
<u>3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados</u>	48
<u>3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços</u>	48
<u>4 Avaliação da intervenção</u>	50
<u>4.1 Resultados</u>	50
<u>4.2 Discussão</u>	67
<u>5 Relatório da intervenção para gestores</u>	71
<u>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</u>	75
<u>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</u>	78
<u>Referências</u>	81
<u>Anexos</u>	83

Apresentação

Este trabalho foi desenvolvido como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. O projeto desta intervenção foi elaborado a partir da análise situacional e estratégica da Unidade Básica de Saúde (UBS) S-19, Manaus, AM, e seu objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente com hipertensão e diabetes no âmbito da população de abrangência da equipe.

O trabalho abarca vários capítulos. O primeiro deles contempla a análise situacional da equipe, com a descrição da situação real da UBS. Tendo como base este análise situacional, foram detectadas as principais potencialidades e fragilidades quanto à estrutura, processo e resultados conforme a realidade do território. A análise estratégica, segundo capítulo, permitiu a realização do projeto de intervenção, em consonância com a necessidade detectada através da ação programática para a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

O relatório da intervenção, no terceiro capítulo, oferece uma caracterização da intervenção desenvolvida realizando uma análise das ações realizadas, ações não realizadas ou realizadas parcialmente assim como das deficiências encontradas durante a intervenção. Também vislumbra a possibilidade e intenção da equipe de incorporar a intervenção na rotina do serviço. Os resultados da intervenção abordam a análise qualitativa e quantitativa, discussão da intervenção e apresentação do relatório para os gestores e comunidade.

Por fim, a reflexão crítica traz elementos sobre o processo pessoal de aprendizagem proporcionado pelo curso para o especializando, explorando o desenvolvimento do trabalho em relação às suas expectativas iniciais, o significado do curso para sua prática profissional, e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A busca pelo bem-estar integral da família com um enfoque preventivo é a principal premissa de trabalho de uma equipe de saúde da Atenção Primária em Saúde. Neste sentido a proximidade da equipe em relação à comunidade atendida representa um grande avanço. Dessa forma são garantidas as avaliações dos usuários, com enfoque multiprofissional das dificuldades apresentadas e é oferecida uma maior e melhor cobertura em matéria de saúde e melhor abordagem das dificuldades apresentadas pela comunidade. Enfim neste local se oferece um serviço em saúde de qualidade.

Inserido neste contexto, o curso de Especialização em Saúde da Família procura formar profissionais e equipes com capacidade técnica, eficientes em relação ao planejamento e à gestão assim como competentes para a formação de vínculo com a população assistida e assim melhorar a atenção à saúde.

Eu trabalho como médico do “Programa Mais Médicos” na Unidade Básica de Saúde (UBS) S-19, na cidade de Manaus/AM. Trata-se de uma unidade de saúde com estrutura antiga e que oferece serviço como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta unidade oferece seus serviços de saúde de 7:00 às 17:00.

Na sua composição, a equipe tem uma enfermeira, um técnico de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e um médico. A área que é alvo de atendimento pela equipe tem uma população total de 4.592 pessoas, as quais ficam distribuídas em sete micro áreas. Os principais problemas de saúde que afetam a comunidade são a presença de doenças crônicas não transmissíveis, como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A principal diretriz de trabalho está baseada em realizar uma abordagem de cuidados preventivos para doenças dirigindo nosso trabalho fundamentalmente para

os principais ações programáticas de saúde propostos no Brasil, tais como cuidados de saúde para as mulheres, crianças, diabéticos e hipertensos, entre muitos outros.

As visitas domiciliares representam parte importante de nosso trabalho na comunidade a fim de prestar assistência sanitária aos usuários que de alguma forma têm acesso limitado à unidade básica de saúde, quer seja por suas condições físico-motoras, presença de doença crônica, ou outro tipo de doenças que limitam suas capacidades físicas.

Neste longo processo de transformação que está ocorrendo no Sistema de Saúde do Brasil, aonde a prevenção é uma das ferramentas fundamentais a serem utilizadas no setor da saúde, esperamos poder fortalecer a saúde da comunidade vinculada a nosso trabalho.



Figura 1: Unidade básica de Saúde 19. Manaus/ AM.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus é a capital do Estado Amazonas, um dos estados de mais baixos índices de densidade demográfica do país (IBGE, 2012). Possui uma população de 1.861.838 pessoas (IBGE, 2012) e cinco Distritos de Saúde: Norte, Sul, Este, Oeste

e Rural, 166 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e aproximadamente 30% da população têm plano de saúde particular (JORNAL A CRÍTICA, 2013).

A S-19 é uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia de Saúde da Família, de zona urbana, localizada no Distrito Sul do município Manaus, estado Amazonas. Ela tem uma equipe de saúde composta por um médico e uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde e um agente de endemias. Esta é uma unidade antiga que tem em sua estrutura física um consultório médico e de enfermagem, um banheiro para usuários e profissionais, um local destinado à farmácia e um salão para recepção e triagem dos usuários.

A análise estrutural e de funcionamento de nossa unidade mostrou algumas deficiências que, de forma geral, afetam o atendimento da equipe e a satisfação da população atendida, dentre as quais assinalamos a não existência de ambiente destinado para a função de recepção. É muito importante assinalar que a UBS tem mais de 12 anos de formação e tem uma estrutura muito velha e não possui os ambientes necessários para oferecer um bom atendimento. Esta UBS era um antigo posto de saúde que tem uma área de abrangência muito ampliada e, portanto a demanda de atendimento por demanda espontânea como agendado é muito grande, por isso a unidade precisa de mais cadeiras destinadas da sala de espera. Na UBS não tem sinalização visual em nenhum dos diferentes ambientes, que são necessárias para aqueles usuários iletrados, pessoas com limitações visuais e idosas e para a população em geral, além disso, possui barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso a pessoas com limitações físicas à unidade. De forma geral a UBS tem más condições estruturais.

Além dos aspectos sinalizados anteriormente, foram determinados outros aspectos que em nossa consideração precisam ser avaliados como: a existência insatisfatória de manutenção a equipamentos que são utilizados em nosso dia a dia assim como a limitação na reposição daqueles que ficam danificados e, portanto não poderão ser utilizados novamente, existem ademais limitações com o fornecimento do material do consumo. Além disso, a unidade precisa de outros equipamentos para melhorar o atendimento fornecido, como por exemplo, balança para crianças. Foi identificada ademais a existência de poucos formulários para cadastramentos. A listagem de medicamentos da unidade considera-se que tem o que se precisa, entretanto, em muitas ocasiões não são fornecidos nas quantidades que são solicitadas, o que propicia que em ocasiões falem algumas linhas do tratamento.

Todas estas deficiências foram encaminhadas a instituições administrativas superiores.

Com o surgimento do novo redirecionamento do modelo de atenção básica no Brasil, surgem novas necessidades de organização do sistema de saúde. Foi preciso demarcar novas atividades para cada membro da equipe com um objetivo fundamental: a transformação da saúde procurando-se um atendimento de maior qualidade para a população de abrangência que propiciara maior conforto, maior resolutividade das problemáticas apresentadas, além de fornecer acompanhamento para doentes assim como o encaminhamento para outros níveis da atenção para aquelas situações onde o equipe não tem um nível de resolutividades da situação apresentada. Esta nova concepção tem como linhas de trabalho a educação em saúde, a promoção de conhecimento com respeito a certas doenças e a prevenção de complicações de elas. A partir da análise das atividades realizadas, assim como as responsabilidades de cada membro da equipe, foi possível perceber que as deficiências não estão relacionadas ao trabalho feito ou violação das responsabilidades de cada membro. Consideramos que a maior dificuldade está no desconhecimento que ainda tem a população em relação com as funções da equipe em conjunto e o papel que tem agora o Sistema Único de Saúde, que fornece um atendimento descentralizado e integral oferecendo a possibilidade de atendimento de qualidade a seu alcance. Então a gente considera que não tem dificuldades com as responsabilidades delineadas para cada membro, só falta ampliar a informação aos moradores sobre as funções do SUS, possibilidades que oferece para a população e principalmente os benefícios que ele tem como usuário.

Nossa área de abrangência tem uma população total 4592, 1044 famílias cadastradas, 2104 homens, 2488 mulheres, 572 idosos, 936 adolescentes, 227 usuários com hipertensão arterial cadastrados, 56 usuários com diabetes melitus cadastrados, mas estima-se que essa população é ainda maior. Para esta população foi desenhada uma estratégia de saúde dirigida a pessoas idosas, grupos de risco, crianças, gestantes e até atendimento as demandas espontâneas, urgências, de nossa população e de aquela chamada fora de área. Essa estratégia é oferecida por nossa equipe de saúde e que tem fortalezas e debilidades que serão avaliadas a seguir.

A partir da nova concepção do SUS preconiza-se o acolhimento e o atendimento às demandas espontâneas que são queixas que pode apresentar uma

pessoa e que demanda a escuta e o nível de solução oferecido pelo médico. Em minha unidade fazemos atendimento à demanda espontânea de uma forma muito organizada também existe vaga diária na agenda para demanda espontânea para dois usuários que precisem atendimento médico que por uma causa ou outra não podem se dirigir nas consultas programadas, resolvendo desta forma as problemáticas do usuário. Este tipo de atendimento em minha consideração tem um caráter integral. A equipe tem a possibilidade de ficar perto dos moradores de sua área de abrangência, pode avaliar a resposta de tratamentos recomendados além da evolução do usuário a partir das sugestões feitas. Às vezes são muitas as queixas que levam a procura de assistência em saúde em nossas unidades, mas às vezes o nível de resolutividade que tem a equipe é baixo, principalmente pela falta de insumos para oferecer solução a possíveis urgências e emergências, e por consequências tem que ser encaminhado a outros níveis de atenção que contam com estes insumos. O acolhimento destas situações pressupõe um pouco mais de esforço por tratar de colocar em nossas unidades de trabalho a medicação necessária para o tratamento destes eventos, para garantir assim a solução que o usuário procura. Acolhimento não é só a escuta da queixa do usuário e colocar a ele às vezes em uma longa fila de espera e oferecer atendimento de qualidade e solução a suas demandas.

O atendimento prioritário oferecido pelo SUS às crianças como programa de saúde é pouco conhecido por nossa população. O exemplo disso é a dissociação existente entre o número de acompanhamentos realizados em uma equipe com as gestantes não correspondem com o número de acompanhamentos realizados as futuras crianças destas gestantes. A equipe está fazendo um labor primordial no acompanhamento dessas crianças que são “perdidas” de nossa unidade e que não tem acompanhamento, situação que acontece com certa frequência por desconhecimento das possibilidades que oferece o SUS. Por esta situação existe discordância entre os indicadores reais que tem nossas equipes dos atendimentos realizados e aqueles que são estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) em correspondência com os dados demográficos de nossa população de abrangência. O CAP estima que nesta faixa etária a população seja de 91 crianças. Atualmente nos oferecemos atendimento para 26 crianças menores de um ano o que representa um 29% da cobertura para esta faixa etária. Além disso, existem novas famílias que não estão cadastradas também influencia nesse aspecto.

Tal necessidade começou a ser trabalhada a partir do novo processo de cadastramento familiar em nossas unidades. Mas com aquelas crianças que estão vinculadas ao acompanhamento na UBS são feitas muitas atividades: durante o atendimento médico é realizada a avaliação das curvas de crescimento ponderal, nutricional assim como a avaliação do crescimento evolutivo do perímetro cefálico, parâmetros importantes para efetivar uma avaliação integral do crescimento e desenvolvimento da criança. Também é avaliado com a mãe o desenvolvimento psicomotor de seu bebê oferecendo para ela a possibilidade de avaliar em cada controle os avanços nesse sentido que vão acontecendo na criança. Além disso, são avaliados outros fatores como a presença de fatores de riscos, a influência destes nas crianças e as possibilidades de atuação da equipe e da família sobre estes para melhorar a saúde delas.

Este tipo de atendimento médico em geral é oferecido para todas nossas crianças, tanto de nossa área de abrangência como as fora de área, em um dia da semana em dois turnos de trabalho, além de oferecer para eles a possibilidade do atendimento aos eventos agudos quando se apresentarem. Como uma de nossas debilidades, neste sentido, temos que fortalecer o trabalho com os grupos de mães. Este tipo de trabalho está estruturado para ser realizado, mas às vezes é muito difícil seu desenvolvimento principalmente pelas faltas das mães ao programa. Precisamos incentivar mais a participação delas a partir do conhecimento da importância do programa e seus benefícios para a família toda. Nossa unidade também participa em o cadastramento e acompanhamento das crianças e suas famílias no programa “Bolsa família” realizando acompanhamento pelo médico, enfermeira e toda a equipe.

Durante a gestação a equipe tem a possibilidade de um acompanhamento fornecendo para ela maior resolutividade de suas problemáticas tanto biológico como sociais. Mas às vezes tem limitações para o cumprimento destas linhas de trabalho o que limita os resultados esperados e que muitas vezes não dependem apenas do trabalho feito pelas equipes, mas tem que reconhecer que o trabalho das equipes tem que ser reforçado a fim de procurar a melhora dos resultados até agora apresentados. Nossas principais deficiências são: o número de gestantes que hoje estão registradas e as que recebem atendimento de saúde, o que tem gerado atualmente uma baixa cobertura. Segundo o Caderno de Ações Programáticas, estima-se a existência de 64,44 gestantes em relação ao total de população, no

momento a cobertura para este grupo populacional é de 11%, já que acompanhamos 7 gestantes. Esta situação demonstra que a equipe tem que reforçar o trabalho procurando estas gestantes que não estão recebendo este atendimento, a ausência das gestantes as consultas agendadas (isto ocorre em poucos casos, mas o apoio oferecido pelos ACS melhora este aspecto), a pouca comunicação entre o atendimento do nível secundário e primário (discutido várias vezes em reuniões e compreendendo a importância da contra referência para o correto acompanhamento da gestante, mas esta situação já está em via de resolutividade), o baixo nível de acompanhamento das puérperas (muitas delas perdem o vínculo com o SUS depois do parto principalmente por aquele velho conceito de que o SUS não fornece atendimento especializado às crianças, para o qual estamos fazendo um trabalho progressivo). Certamente tem deficiências, mas nosso trabalho é encaminhado para oferecer um atendimento de qualidade.

Em nossa unidade é fornecido atendimento para as gestantes em um dia específico, mas elas têm como todos os demais usuários tem a possibilidade de atendimento a suas demandas espontâneas diariamente, que serão escutadas e resolvidas pela equipe com a urgência requerida. Elas são acolhidas em nossa unidade, tem a possibilidade de uma escuta direta com o pessoal de saúde para oferecer possíveis soluções a suas problemáticas biológicas e sociais. Além disso, tem a possibilidade de participar junto a outras gestantes nos grupos, onde fornecemos oportunidade de interação entre elas, de tirar as dúvidas e medos com relação à gestação atual, e fundamentalmente tem a oportunidade de intercâmbio de experiências e o fortalecimento de conhecimento em relação ao processo da gravidez.

No que se refere ao combate ao câncer de mama, destaca-se que a mulher é uma das mais afetadas por esta doença, e a incidência assim como a letalidade de tumores mais frequentes tem conduzido ao planejamento e desenvolvimento de um programa encaminhado para a detecção precoce assim como tratamento do Câncer de Mama e Colo de Útero. Nossa unidade de saúde desenvolve um trabalho preventivo em relação com estas doenças, especialmente com o Câncer de colo uterino, mediante a realização de exames preventivos que são feitos apenas na quinta-feira no turno da manhã. O atendimento é de forma agendada para aquelas mulheres de nossa área e também é oferecido para aquelas chamadas como “fora de área”, só que ele é planejado para outro horário e data. Durante este atendimento

médico e da enfermeira são oferecidos para as mulheres consultas de aconselhamento para aumentar o conhecimento em relação ao tema, sinais e sintomas da doença em curso e que representam um sinal de necessidade de procura médica. É abordado também a importância do uso de preservativos para a prevenção de DST e a relação destas com este tipo de doença, em específico especialmente o HPV.

Realmente o trabalho feito até agora não é totalmente satisfatório, o que é demonstrado com as diferenças que tem nossos dados com os indicadores propostos por o Caderno de Ações Programáticas. O CAP determina a existência de 909 mulheres em uma faixa etária de 25 a 64 anos, faixa etária preconizada para realizar coleta de exames preventivos de câncer de colo de útero. Deste total estimado, está recebendo acompanhamento na UBS 511 mulheres, o que representa 56%. Já para a prevenção do câncer de mama é estimada uma população de 211 mulheres entre 50 e 69 anos, delas apenas 198 estão sendo acompanhadas, o que representa 94% de cobertura. Precisamos chegar ainda mais longe em este tipo de atendimento, reforçar ainda mais o trabalho feito mediante o trabalho com os grupos de mulheres para aumentar mais os conhecimentos em relação a esta temática, propiciar encontros para o debate de experiências e compartilhar opiniões e fundamentalmente reforçar a importância do exame na detecção precoce e tratamento deste tipo de doença. A proporção de mulheres que procuram o preventivo em nossa unidade realmente não é proporcional a nossa população estimada. Em relação ao desconhecimento que ainda as mulheres têm em relação à importância deste exame apesar do esforço realizado pela equipe e o Sistema de Saúde como um todo, mas ainda assim continuamos em este trabalho. Também temos incentivado a realização do exame de forma precoce quando a mulher começa a manter vida sexual ativa, às vezes em nosso trabalho comunitário encontramos mulheres que ainda não faz seu exame e não compreende a importância dele, mas nosso trabalho é precisamente esse de encontrar estes “pontos fracos da saúde popular” e tratar de trabalhar com eles. Estas são uma de nossas dificuldades, mas estamos trabalhando em conjunto para sua solução. Conforme aumente a demanda deste procedimento será avaliada a possibilidade de estender os dias planejados, assim como o horário para este tipo de atendimento oferecido atualmente pelo médico e enfermeira da equipe. Em relação com o Câncer de Mama é oferecido, para todas as mulheres acima de 40 anos a possibilidade de

realização da mamografia, este exame é para todas aquelas mulheres que podem realizar o exame. O médico e a enfermeira oferecem informação em relação com os fatores de riscos em relação com a doença, formas de apresentação e medidas para a prevenção precoce de esta doença, assim também é avaliado junto com a usuária o nível de risco que ela tem. Nesse sentido também são apresentadas dificuldades dadas fundamentalmente pelo abandono das mulheres depois de realizado o exame. Muitas delas quando recebem o resultado, e ele é positivo, já concorrem diretamente em busca de atendimento especializado como é oferecido no Instituto da Mulher. Algumas vezes só tomamos conhecimento da situação quando, em visita domiciliar da equipe procurando, buscamos uma resposta a sua “ausência”. Neste aspecto também apresentamos diferenças em relação às estimativas propostas pelo caderno. Neste sentido a equipe também considera a desinformação que algumas mulheres têm com relação ao tema, mesmo com os esforços realizados, por isso nossa equipe traçou uma estratégia de falar sobre esta situação em nossas visitas domiciliares para assim procurar envolver a toda a família neste processo. A equipe continua reforçando o trabalho feito até agora e tem como objetivo futuro aumentar as equipes de trabalho com as mulheres para melhorar nossos indicadores e assim a saúde da mulher e a comunidade toda.

A elevada incidência e a prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis é hoje uma das problemáticas de saúde mais importantes a nível mundial, e a concorrência delas em um mesmo usuário é uma condição igualmente frequente. Em nosso serviço é avaliada regularmente esta situação. A avaliação, assim como a necessidade de controle e a diminuição das complicações aparelhadas a elas é um dos objetivos fundamentais do programa de atenção à hipertensão e diabetes do SUS no Brasil. Se é feita uma avaliação da maioria de nossos usuários que tem estas doenças, eles não tem controle delas, condição que geralmente propicia à aparição de certas complicações que limitam o normal desenvolvimento da vida futura do usuário e que sem dúvidas limitaram a sua qualidade de vida e de sua família. É esse nosso objetivo primordial de trabalho: a diminuição dos riscos e complicações associadas à HAS e a DM, e o acompanhamento a usuários que tem estas queixas de saúde propiciando para eles um tratamento baseado em três linhas fundamentais: A prática do exercício físico, a implementação de uma boa dieta, e o tratamento farmacológico da doença. Estas duas doenças, em tempos passados eram geralmente apresentadas pelos usuários

da quarta década da vida e mais, atualmente estas doenças apresenta-se cada vez em idades mais precoces. Estudos feitos em “populações modelos” demonstraram que o estilo de vida sedentário, a adoção de regimes pouco saudável e os antecedentes familiares destas doenças, são um dos fatores mais frequentes nestes usuários. O CAP determina a existência de 763 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 218 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Fazendo uma análise de nossa população de abrangência, nós temos apenas 227 usuários com HAS e 56 usuários com DM (o que representa uma cobertura de 30% e 26% respectivamente de nossa população). É esta uma de nossas principais deficiências: a baixa cobertura populacional que temos em relação a estas doenças, mas a equipe realiza um trabalho dirigido a eliminar nossas deficiências assim como a trabalhar diretamente com aqueles que recebem nosso acompanhamento.

A equipe está fazendo um novo recadastramento da área de abrangência, pesquisando-se os usuários com estas doenças e procurando aqueles que abandonaram nosso acompanhamento, sugerindo-se a importância do tratamento para evitar futuras complicações e as vantagens que tem um acompanhamento certo em estas condições. Com aquele pessoal que continua com nosso acompanhamento a equipe desenhou um grupo de trabalho que funciona duas vezes por mês, onde eles podem compartilhar experiências, além de receber informações importantes das doenças para aumentar assim o conhecimento em relação com estas doenças. Além de isso, eles recebem acompanhamento individualizado com os controles periódicos de saúde que são feitos pelo médico e a enfermeira da equipe. Estes controles são previamente agendados e eles são avaliados os exames de rastreamento das complicações, e os resultados oferecidos pelo exame físico feito. O resultado destes controles periódicos é discutido com cada usuário propiciando-se assim o conhecimento real de seu estado de saúde e estimulando a necessidade de autocuidado que estes usuários precisam. É recomendada também a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, controle do peso corporal, a importância de eliminar o alcoolismo e os benefícios da prática do exercício físico. Nossa unidade não tem um profissional que faz estas ações diretamente com a equipe e os grupos de trabalho, mas os usuários são encaminhados para as diferentes especialidades que se precisa, como por exemplo, o nutricionista, odontólogo. Todo este atendimento é regido pelos protocolos de saúde implementados para o correto manejo de estas doenças.

Em nossa unidade além do acompanhamento feito de forma regular para estes usuários eles têm a possibilidade de cobertura das demandas espontâneas para nossos usuários e os “fora de área”.

Atualmente muitos países têm uma inversão da pirâmide populacional agora tem uma baixa taxa de natalidade e por consequente uma alta taxa de envelhecimento da população, o que de forma geral trouxe um aumento da morbimortalidade associada a doenças crônicas não transmissíveis. Minha unidade de trabalho oferece cobertura de saúde para uma população que tem em sua composição muitas pessoas idosas. Existem atualmente, segundo o CAP, 260 pessoas acima dos 60 anos e 100% recebem acompanhamento de saúde, e de elas um numero importante tem intercorrência de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus (são as mais frequentes em minha população). Para esta faixa etária, a unidade fornece atendimento três dias da semana e em todos os horários. Assim como é oferecido também atendimento as demandas espontâneas que acontecem tanto em nossa população de abrangência como os usuários fora de área. Em cada um de nossos atendimentos médicos e de enfermagem são analisados os fatores de riscos que tem o usuário, o estado atual das doenças que ele apresenta, além de analisar uma avaliação do funcionamento global do usuário, ela permite avaliar o nível de fragilidade que o usuário tem e capacidade de atuação da equipe e da família, de nosso usuário, para melhorar todos juntos a qualidade de vida dele.

Em nosso ambiente comunitário temos usuários que apresentam limitações físicas e motoras, que tem dificultado seu acesso à UBS, mas eles recebem nosso atendimento e avaliação em seu domicílio pelas visitas domiciliares agendadas e de acompanhamento que precisam este tipo de usuário. De forma geral são oferecidos para todas as orientações como: promoção da atividade física e a importância de ela na saúde, promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, além disso, são orientados em relação aos danos provocados pelos hábitos de fumar e o consumo de álcool e é promovida a importância do controle da obesidade. Em nossa área funciona uma turma destinada a estes usuários para praticar exercício físico só que ela funciona no horário estendido e a participação da equipe nessas atividades está limitada pelo horário marcado. As deficiências de saúde que são determinadas em nosso atendimento e que precisam da intervenção de outros profissionais são encaminhadas para procurar uma complementação em nossas recomendações,

como acontece no tratamento e acompanhamento da obesidade, no qual precisamos da ajuda e complementação do nutricionista.

Nossa unidade tem um planejamento e um desenvolvimento de atividades grupais, que funciona duas vezes ao mês e na qual se orientam em relação a estilos de vida saudável. A participação nessas atividades de grupo programadas ainda não é totalmente satisfatória, sendo esta uma de nossas deficiências, mas a equipe tem como proposta de trabalho procurar uma maior participação desta faixa etária nas atividades programadas assim como procurar a participação da família neste projeto de saúde. Em relação à Caderneta do Idoso, nossa população idosa está coberta em grande parte, são 151 idosos que já fazem uso desta caderneta (58%), mas falta por cobrir uma parte importante de este grupo etário devido a que não esta disponível agora em nossa unidade este material por deficiência no fornecimento, mas já foi notificado a níveis superiores e aguardamos respostas em relação ao tema. Geralmente aqueles que já têm vão com ela aos atendimentos de saúde, mas não são todos, às vezes precisamos registrar nosso atendimento só no prontuário médico deixando de lado essa importante ferramenta de trabalho individualizada.

Esta é a situação atual do atendimento à pessoa idosa, até agora os resultados obtidos não são os esperados, mas o trabalho continua procurando melhorar cada vez mais nossa atenção médica.

O trabalho feito pelo homem precisa de aperfeiçoamento diário e nossa realidade não escapa a isso. Foram expostas algumas de nossas deficiências, mas nossa disposição a melhorar o trabalho feito até agora é relevante e com essa disposição acreditamos fornecer um atendimento de excelência a partir desta análise realizada.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A partir da análise situacional realizada foram identificadas as “debilidades” da população alvo e foi analisada a situação real da comunidade. Na primeira descrição, faltavam elementos teóricos e dos programas do Ministério da Saúde para detalhar melhor a situação da UBS. Assim, foi realizado um detalhamento dos indicadores de cobertura e qualidade oferecida para cada um dos programas

desenvolvidos na unidade. Todos estes aspectos ofereceram uma panorâmica das necessidades de realizar alguns ajustes nos serviços oferecidos, para melhorar a qualidade do atendimento e oferecer maior cobertura dos programas a nossa população alvo. Ao pensar em uma prioridade para a realização de uma intervenção, optamos pelo foco na melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, enfarte agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2004).

Em toda parte as doenças crônicas poderão se tornar o padrão epidemiológico dominante e apresentam impactos múltiplos, em termos de limitação à qualidade de vida, à produtividade e à funcionalidade dos usuários. As Doenças Crônicas não Transmissíveis constituem pesada carga em termos de morbimortalidade (GOULART, 2012).

Avaliando a situação mundial em relação com a temática das Doenças Crônicas não Transmissíveis e, particularmente analisando a situação real da Unidade Básica de Saúde (UBS) S-19, foi escolhido este tema para fazer um projeto de intervenção educativa com estes usuários. A escolha de intervir na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e na Diabetes Mellitus (DM) está sustentada no desconhecimento observado em nosso dia a dia de trabalho em relação com a doença que o usuário tem que às vezes leva ao abandono do tratamento e por consequente a aparição das temidas complicações, o que representa uma limitação para a vida do próprio usuário, além de ter uma repercussão familiar e social.

A equipe da S-19 tem uma população de 4592 usuários, destes 5% tem Hipertensão Arterial, e 1,2% tem Diabetes. A unidade tem um total de 227 usuários

com HAS e 56 usuários com DM, que corresponde a uma cobertura de 30% para a Hipertensão e 26% para o Diabetes. A principal deficiência identificada no trabalho foi a pouca cobertura da área em relação a esta temática (o que tem relação com assentamentos populacionais novos ainda não cadastrados). Mesmo assim foi determinada a pouca adesão que tem algum os usuários ao tratamento, o abandono dele em relação ao tratamento, assim como a aparição das temidas complicações associadas a estas condutas e ao desconhecimento.

Com o trabalho que vamos desenvolver com nossa população pretendemos aumentar o nível de conhecimento que tem a população em relação às doenças crônicas (HAS; DM). A partir daí pretende-se diminuir o número das complicações associadas a estas condutas, assim como melhorar a qualidade de vida tanto do usuário, como da família e a sociedade toda.

Esta ação programática está desenhada para ser feita em 100% de nossa população de abrangência com estas doenças. Durante esse delineamento, a equipe avaliou uma possível influência negativa que pode representar o não costume que tem esta população alvo de receber este tipo de atividade, o que pode ocasionar falta dos usuários as atividades programadas, com diminuição dos resultados esperados. Mas, mesmo assim, a equipe está desenhando estratégia de trabalho para diminuir esta incidência: como a estimulação ao conhecimento, desenvolvimento de atividades de intercâmbio de experiências, entre outras.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS S-19

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde S-19

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na UBS S-19, no Município de Manaus/AM. Segundo a planilha de coleta de dados, a estimativa da população acima dos 20 anos com HAS é de 763 usuários, deles estamos cobrindo 30% (227) de usuários com HAS, a estimativa de usuários acima de 20 anos com DM é de 218, deles estamos cobrindo o 26% (56 usuários com DM). Entretanto, para a intervenção, utilizaremos os dados estimativos da

Planilha de Coleta de Dados (percentuais baseados em VIGITEL, 2011), pois se avalia que esses quantitativos se aproximam mais da realidade da UBS. Dessa forma iremos trabalhar com a estimativa de 763 usuários com HAS e 218 usuários com DM. Essas pessoas serão o foco da intervenção. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde atualmente vigente na UBS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

2.3.1 Detalhamento das ações

A equipe de saúde tem discutido um número de ações para atingir a meta proposta para desenvolver o projeto de saúde. Pode-se assinalar:

MONITORAMENTO E INTERVENÇÃO

O objetivo principal de esta ação é fundamentalmente procurar aqueles usuários que tem a doença e estão sem o acompanhamento e tratamento. Esta ação esta sustentada na baixa cobertura que tem a equipe em relação com as Doenças Crônicas não Transmissíveis determinada no Caderno de Ações Programáticas. Para trabalhar em esta ação, a equipe vai a aproveitar o novo processo de cadastramento dos domicílios que está sendo feito, para determinar aqueles usuários que ainda não estão cadastrados no programa HIPERDIA e que precisam do acompanhamento médico para estas doenças.

A equipe tem desenhado um fluxo de informações que garante um registro confiável das informações obtidas. Para esse trabalho foi desenhada a utilização de ferramentas ou instrumentos, como fichas de cadastramento. O atendimento clínico será realizado e o usuário só será cadastrado na intervenção após o atendimento e preenchimento das fichas. É de vital importância para o acompanhamento evolutivo de toda doença, avaliação do tratamento e rastreamento da aparição das possíveis complicações. Para isso tem determinado a revisão periódica das fichas de acompanhamento dos usuários participantes da intervenção. Foi determinado um pessoal da equipe (três agentes comunitários) para fazer esta revisão periódica (a cada duas semanas de intervenção). Além disso, foi desenhado um caderno para registro exclusivo dos controles feitos com estes usuários, assim como aquelas datas para que fosse novamente citado.

Para isso utilizaremos a ficha disponibilizada pelo curso, considerando a necessidade de um registro completo e detalhado dos controles feitos. O registro inclui peso, altura, IMC, níveis de pressão arterial, dados positivos ao exame físico, tratamento recomendado com a dose deles e resultados dos exames de controle, mesmo assim serão agendadas as datas do próximo controle e a estratificação do risco do usuário avaliando sua condição atual de saúde. Além disso, será monitorado o acompanhamento da realização de orientação nutricional, para atividade física regular, sobre higiene bucal, riscos do tabagismo. Para a supervisão das linhas de trabalho pautadas foi determinado um pessoal que verificará o registro adequado de essas informações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Com as atividades que a equipe vai desenvolver, pretende-se discutir amplamente o tema de controle de HAS e DM, bem como promover a participação comunitária, que é de vital importância. Para isso serão utilizadas diferentes ferramentas como divulgação em sala de espera semanalmente e conversas durante as visitas domiciliares. Dessa forma, a comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Nas atividades serão realizadas orientações acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da dessas patologias e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Assim como apontar a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade dos mesmos, os responsáveis serão médico e enfermeira.

Os usuários também serão orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e a segunda via de seus registros na unidade, se necessário ao acesso, os responsáveis serão médicos e enfermeira.

A comunidade será orientada quanto a possíveis alternativas para obter este acesso e da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos

hipertensos e diabéticos, a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e da existência de tratamento para abandonar o tabagismo, os responsáveis serão médico e enfermeira.

Nesses encontros, os profissionais estarão abertos a ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários, caso haja um número alto de faltosos, bem como esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A responsável por essa identificação e compartilhamento será a enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será realizada uma capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Além disso, será preciso realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre práticas de alimentação saudável; sobre a promoção da prática de atividade física regular, higiene bucal, tratamento de usuários tabagistas, tudo isso por meio de metodologias de educação em saúde, assim como sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, assim como para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários diabéticos e hipertensos. Estas atividades de capacitação serão responsabilidade do médico e da enfermeira da equipe.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como para a importância do registro desta avaliação, realização de exame clínico apropriado e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Serão instrumentalizados também quanto à verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Nosso trabalho vai precisar de materiais para garantir um correto diagnóstico de saúde. Para isso foi solicitado à diretoria da unidade assim como a instituições superiores o abastecimento de materiais necessários, como por exemplo, materiais para a medição de pressão arterial, como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, bem como material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Temos como premissa de trabalho, priorizar o uso dos medicamentos que estão disponibilizados na farmácia popular, garantindo assim a acessibilidade do usuário a eles além de garantir a realização dos tratamentos propostos para cada usuário. Determinou-se respeitar aqueles usuários que tem um tratamento bem eleito em correspondência com suas características individuais e que tem controle da doença com eles.

A unidade de saúde S-19 não tem atendimento odontológico em sua estrutura, isso foi assinalado como uma das deficiências que tem a unidade estrutural e funcionalmente, porém o atendimento da população da área de abrangência fica dependente de outras unidades que tem esse serviço. Mesmo assim foi analisada a importância de que o agente comunitário, médico e enfermeiro da UBS realizarão ações para identificar os usuários que precisem com mais urgência a avaliação para tratar de garantir um tratamento para eles em outras unidades e com a colaboração de outras áreas de saúde. Avaliando-se esta situação a equipe considera que nem todos os usuários participantes no projeto necessitarão acessar a este tipo de atendimento como é preconizado pelo o protocolo. Esta situação será compartilhada com o gestor e responsabilidade do médico da equipe de realizar este encontro.

Além disso, será necessária a realização de visitas domiciliares, que serão desenvolvidas pelo médico, enfermeira, agentes comunitários e técnicos de enfermagem, para atendimentos de usuários que não podem se deslocar à UBS e também buscar os faltosos e uma organização agenda para acolher os diabéticos provenientes destas buscas. O responsável pelo monitoramento do cumprimento destas atividades de visita domiciliar será a técnica de enfermagem. A agenda de saúde bucal também será organizada para garantia do atendimento aos usuários que foram avaliadas a necessidade de atendimento odontológico.

A manutenção das informações do SIAB atualizadas, a implantação da ficha de acompanhamento e a definição de um responsável pelo monitoramento dos registros, também acontecerá nesse processo. Será organizado um sistema de

registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, o responsável será o médico.

A equipe se organizará para realização de práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física, bem como reforçar com os gestores a importância de envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade e para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". A responsável pela organização dessas atividades será a enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde S-19

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2.1: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Números de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.2: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção em saúde desenhado para o trabalho com os usuários portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde S-19 será realizado tendo como base as linhas de trabalho que preconiza o protocolo atual de atendimento a estas doenças, proposto pelo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Este projeto será desenvolvido pelos profissionais da UBS, e para viabilizar o monitoramento das ações de saúde desenvolvidas com o grupo de trabalho serão utilizadas as fichas espelho disponibilizadas pelo curso para cada usuário participante, com uma necessidade de 400 fichas.

A equipe considera a importância de utilizar o prontuário de cada usuário avaliando em cada um deles o registro das informações precisas de cada usuário como peso, altura, IMC, tratamento recomendado, exames solicitados junto com seus resultados, considerações clínicas em relação ao usuário em questão. Além disso, também será acompanhado o registro da sua evolução clínica ante o tratamento proposto. O próprio prontuário do usuário foi escolhido, porque durante o trabalho serão coletadas informações que não estão contidas em outro tipo de ficha, porém deverão estar contidas no prontuário e elas podem ser referências para futuros trabalhos a serem desenvolvidos.

Na coleta das informações participarão o médico e a enfermeira da UBS. Para realizar o registro específico do programa serão revisados os prontuários dos usuários que serão incluídos no projeto e será avaliada a situação clínica de cada um deles, avaliando especialmente consultas em atraso, exames laboratoriais atrasados, avaliações clínicas odontológicas atrasadas, entre outros itens. Este trabalho será feito pela enfermeira e os técnicos de enfermagem. Para a realização deste trabalho será necessário capacitar os técnicos de enfermagem que participarão da seleção dos prontuários e dos usuários a serem incluídos no projeto.

De forma geral para estas e outras ações precisa-se instrumentalização dos profissionais participantes, pois é necessário o conhecimento acerca das técnicas para a identificação correta dos usuários doentes na área e seu registro e cadastramento no programa HIPERDIA, procedimento correto para medição da pressão arterial e dosagem da glicemia capilar, além de identificar a necessidade de

atendimento odontológico de cada usuário. Este processo de capacitação ocorrerá na mesma UBS utilizando duas horas semanais no horário utilizado para a reunião da equipe.

As atividades de promoção da saúde acontecerão na sala de espera na unidade semanalmente, conforme uma sequência de temas, bem como serão realizadas orientações nas visitas domiciliares. Para o monitoramento das informações, que precisaremos com frequência para direcionar nosso projeto, será desenhada uma planilha formato Excel com os dados de cada usuário a participar no projeto e os principais itens a serem avaliados na área de saúde, estas planilhas serão impressas na unidade de saúde e compartilhada com todos os profissionais participantes. O computador e impressora necessários para a atividade já se encontra na UBS.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foram muitas as ações previstas a desenvolver durante o desenvolvimento do projeto de intervenção. Todas elas foram desenvolvidas sem grandes dificuldades. A necessidade de ampliar a cobertura oferecida aos hipertensos e/ou diabéticos foi uma necessidade identificada no funcionamento de nosso serviço. Avaliando esta situação foi determinada a necessidade de realizar algumas ações para melhorar esta situação. Foi assim que o registro dos usuários com estas doenças melhorou e nele foram registrados todos aqueles usuários atendidos na unidade com estas doenças, que participaram da intervenção.

Uma das atividades mais importantes a ser desenvolvida pela atenção primária em saúde é a promoção de saúde. Esta impulsiona a participação ativa da comunidade em atividades que estimulem a mudanças de hábitos e estilo de vida, buscando assim melhoria nas condições de saúde apresentadas pela comunidade.

As atividades educativas realizadas durante a intervenção ajudaram a informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a estas doenças na mesma unidade de saúde, a onde a equipe de saúde tem uma participação ativa. Esta atividade foi de vital importância para o conhecimento social e aumentar assim o nível de acesso da população a este tipo de serviço.



Figura 2: Atividade com grupo de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes na UBS S-19. Manaus/ AM.

Assim como as atividades de promoção de saúde são de muita importância no nível primário, as atividades de rastreamento são igualmente importantes. Com elas, as equipes de saúde podem identificar sinais de doenças assintomáticas e poderão “traçar” mapas de atuação individualizados para tentar colocar tratamentos oportunos e diminuir assim as complicações associadas ao descontrole destas doenças.

Durante a intervenção a comunidade foi informada sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Também foi orientado o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. De forma geral a comunidade foi devidamente orientada em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a repercussão, não só no nível individual, como também para a família e a sociedade toda, do abandono dos tratamentos recomendados para estas doenças e a aparição das complicações associadas a estas condutas.



Figura 3: Atividade de rastreamento na comunidade de Hipertensão arterial e Diabetes. UBS S-19. Manaus-AM.

Para realizar de forma correta as atividades planejadas foi importante o período de capacitação desenvolvido em toda a equipe, planejadas e desenvolvidas sob a coordenação e supervisão do médico e enfermeira da equipe. Nestas capacitações foi importante identificar os objetivos de nosso trabalho. Além disso, foi importante também padronizar conceitos, atualizar manejos recomendados para cada um dos casos que se poderiam apresentar durante a intervenção. Capacitou-se também em relação ao funcionamento dos principais aparelhos a manejar durante o processo, formas corretas de utilização e interpretação adequada de resultados obtidos. Também foi preciso revisar atualizações em relação às doenças analisadas, tratamentos recomendados assim como novas informações em relação aos medicamentos utilizados e seus efeitos colaterais, todas estas informações são de vital importância para sustentar as recomendações que seriam repassadas para cada usuário avaliado. A equipe também foi capacitada em relação à necessidade do preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento correto

dos usuários assim como registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Desta forma foram realizadas capacitações dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Foram tema de capacitação também as formas corretas de verificação da pressão arterial e glicemia capilar, incluindo uso adequado do esfigmomanômetro e glicômetro, tendo em conta que todos os ACS são formados em técnicos de enfermagem. Estas capacitações foram realizadas pelo médico e enfermeira da equipe.

Em nosso trabalho não só foi importante ampliar a cobertura das pessoas atendidas pela equipe com estas doenças, melhorar a qualidade da atenção destes usuários representou um desafio importante. Foi analisada a repercussão que tinha para os usuários, a realização de exames periódicos como é preconizado pelo protocolo destas doenças. Assim foi monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Foi monitorado o número de usuários com exames laboratoriais solicitados e com a periodicidade recomendada de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e os usuários e comunidade foram orientados quanto à necessidade de realização destes exames complementares. Desta forma, durante a intervenção foi possível realizar os exames complementares recomendados pelo protocolo a 100% dos usuários, além de garantir exame físico clínico completo.



Figura 4: Atendimento a usuários com Hipertensão Arterial Diabetes na UBS S-19 e no domicílio. Manaus/ AM.



Figura 5: Atendimento clínico a usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes na UBS 19. Manaus/ AM.

Como parte de uma atenção integral ao usuário também foi oferecida a avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico. A partir desta necessidade realizou-se um monitoramento dos usuários com necessidades de

atendimento odontológico e se orientou sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente neste grupo da população.

Esta atividade, por razões já explicitadas em relação à dificuldade com o profissional odontólogo, que estavam fora da nossa governabilidade, não conseguiu atingir a 100% da população prevista, entretanto, objetivo da equipe e do odontólogo que hoje está fixo na nossa UBS, é de continuar com o trabalho inicial até avaliar ao total da população com HAS e DM.

A necessidade de acesso a um tratamento adequado que ofereça controle da doença de base e proteção de complicações é um dos padrões a ser levado em conta para ser seguido pelos usuários. A Farmácia Popular/Hiperdia oferece a possibilidade de um acesso gratuito as principais linhas de tratamento para o controle destas doenças. Assim foi que se realizou um cadastramento prévio das necessidades destes usuários e foi preciso realizar também um monitoramento ao acesso a estes medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Nesta atividade, a enfermeira da equipe, ficou como responsável pelo desenvolvimento dela. Além de que se orientou aos usuários e a comunidade quanto ao direito deles de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

A adesão dos usuários com HAS e DM ao serviço oferecido pela unidade como parte do programa de atenção a estas doenças é um fator importante que pode influir positiva o negativamente. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para cada um de nossos usuários foi uma das atividades realizadas e que teve como responsável a enfermeira e técnica de enfermagem da equipe de saúde. Para garantir essa periodicidade recomendada foram organizadas visitas domiciliares, realizadas pelas ACS, médico e enfermeira da equipe, para buscar os faltosos as consultas planejadas, assim como para o atendimento daqueles usuários que não podem se locomover até a UBS.



Figura 6: Atendimento domiciliar a usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes. UBS S-19. Manaus/ AM.

A adesão ao tratamento recomendados em uma comunidade só é alcançado quando os usuários tem conhecimento dos riscos associados e conhecem os benefícios que para ele representa um tratamento e um acompanhamento periódico. Para alcançar isto na comunidade foi preciso primeiro informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e logo esclarecer aos portadores destas doenças sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Esta foi outra das atividades realizadas pelas ACS, elas foram as responsáveis pelo desenvolvimento destas atividades.

Para ter um serviço com um bom funcionamento é preciso ter um registro adequado de informações que garante o acesso rápido a fichas individuais e demais documentações de cada usuário atendido no serviço. Numa primeira avaliação realizada durante a intervenção ao funcionamento do serviço oferecido por nós, foi identificada a necessidade de reorientar a organização dos registros utilizados até o

momento para garantir assim melhor acesso as informações e maior qualidade no serviço oferecido pela unidade. Foi previsto assim a necessidade de monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Para melhorar registro foi implantada a utilização da ficha de acompanhamento para cada um dos usuários avaliados durante a intervenção. Foram pactuadas com a equipe as formas padrões de registro das informações, e ficou definida como responsável pelo monitoramento dos registros a técnica de enfermagem da equipe. O trabalho desenvolvido da profissional junto a registro implementado ajudaram na identificação oportuna do atraso na realização de consulta de acompanhamento, realização de exame complementar e da atualização da avaliação de estratificação de risco. Assim, 100% dos usuários participantes da intervenção possui uma ficha individual de acompanhamento. Neste sentido, também se orientou aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse necessário.

O acompanhamento realizado pela equipe tem como um dos objetivos fundamentais o mapeamento dos usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Para isto foi muito importante o processo de monitoramento realizado pela equipe, com o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

A partir da identificação do nível de risco para cada usuário foi preciso priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e se reorganizou a agenda para o atendimento destas demandas. Uma das tarefas realizadas pela equipe foi o processo de orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também foi importante esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

A intervenção possibilitou realizar uma estratificação do risco para doenças cardiovasculares para 100% da população avaliada.

Promover a saúde é uma das premissas da atenção primária à saúde. Durante o desenvolvimento da intervenção foram realizadas muitas atividades de promoção de saúde. A comunidade foi orientada, em sua totalidade, em relação à importância e repercussão para sua saúde de uma alimentação adequada em

consonância com seu estado de saúde atual. Assim como em relação à prática de atividade física regular em usuários com doenças crônicas e os riscos para a saúde do tabagismo. Também foi ressaltada a importância dos cuidados com a saúde bucal nestes usuários.

Durante a intervenção foram organizadas e desenvolvidas atividades com a finalidade de estimular o cumprimento destas orientações a nível individual e coletivo para 100% de nossos usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção foi preciso coletar uma série de dados que ajudaram a realizar uma avaliação dos resultados obtidos a partir da implementação desta nova ferramenta de trabalho.

Para coletar os dados que a intervenção gerava foi utilizada uma planilha de dados no formato de Excel que coletou em geral uma série de informações. As informações nelas solicitadas foram registradas pelo médico da equipe. O processo foi determinado em reunião de equipe, que seria realizado por uma única pessoa, evitando assim erros na interpretação dos dados solicitados e possíveis falsos resultados. Neste caso foi o médico da equipe a pessoa selecionada.

Terminada a intervenção e colocados todos os dados solicitados foram gerados os indicadores que avaliam a qualidade e o impacto das ações desenvolvidas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O processo de intervenção realizado pela equipe nestas 12 semanas demonstrou o impacto positivo na saúde da população envolvida no trabalho realizado. A partir desta análise foi avaliada a repercussão futura que representaria para a saúde da comunidade a implementação desta metodologia de trabalho como uma nova ferramenta que seria inclusa em nossa rotina de trabalho diário. A partir

destas considerações foi realizada uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto para melhorar os serviços de saúde oferecidos pela equipe.

Da análise realizada foi determinada a importância de um envolvimento maior da gestão neste tipo de atividade. Um apoio mais reforçado em relação a materiais educativos precisa-se procurar mais parcerias com outros níveis de atenção em saúde que garante a avaliação complementar de alguns usuários com condições clínicas associadas e que influenciam no controle das doenças avaliadas durante a intervenção. Foi analisada também a importância de desenvolver mais atividades de promoção em saúde que garantem aprofundar o conhecimento até agora oferecido.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Estimulados pelo atual comportamento mundial destas DCNT e especialmente em nossa população de abrangência a onde a equipe oferece uma cobertura para uma população de 4.592 pessoas, dentre elas estima-se que a população com 20 anos ou mais seja de 3.076 pessoas e que destas 22,7% tenha HAS, que corresponde a 898 pessoas, e 5,6% sofra de DM, que corresponde a 172. Esses são dados estimados, calculados a partir da planilha de coleta de dados, e foram utilizados como parâmetros para a realização da intervenção.

Depois de 12 semanas de trabalho em um projeto de intervenção comunitária chegou-se ao final com resultados alentadores. Para avaliar melhor os resultados obtidos faremos análises quantitativas e qualitativas dos aspectos envolvidos no projeto, assim como um detalhamento de cada indicador e as metas propostas para este período de trabalho.

Nestas 12 semanas a equipe realizou um conjunto de atividades que representou as possibilidades de transformar a realidade atual de nossos usuários que convivem hoje com HAS e a DM, em uma vida melhor a partir do conhecimento e controle destas doenças.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde S-19

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

No que se refere ao indicador de cobertura, no primeiro mês foi possível avaliar 9% da população com HAS (63 usuários), no segundo mês alcançou-se 21,9% dos usuários com HAS (153) e já no último mês foram avaliados um 33% destes usuários, que corresponde a 230 usuários.

Mesmo com o incremento gradativo do número de usuários avaliados pelo projeto mensalmente, a equipe não conseguiu atingir a meta proposta, este fato foi influenciado por diferentes fatores como a saída de férias de várias ACS o que afetou o alcance da intervenção, assim como se aponta a diminuição do tempo em que foi desenvolvido este projeto.

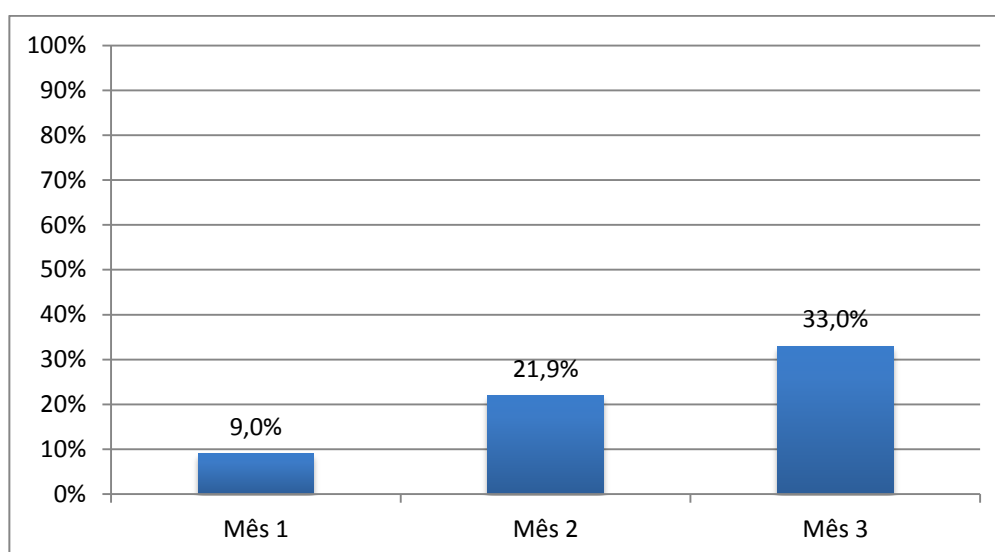


Figura 7: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS S-19. Manaus/ AM.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

É possível observar no gráfico (figura 8) que a equipe conseguiu oferecer cobertura para 35,5% da população com DM que pertencem à área de abrangência da equipe. No caso dos usuários com Diabetes, no primeiro mês se alcançou cobertura de 16,3% (28 usuários), no segundo mês foram alcançadas 28,5% da cobertura planejada (49 usuários) e já no terceiro mês alcançou-se um pouco mais de um 35% (61 usuários). Mesmo com o incremento gradativo do número de

usuários avaliados pelo projeto mensalmente, a equipe não conseguiu atingir a meta proposta, este fato foi influenciado por diferentes fatores como a saída de férias de várias ACS o que afetou o alcance da intervenção, assim como a diminuição do tempo em que foi desenvolvido este projeto.

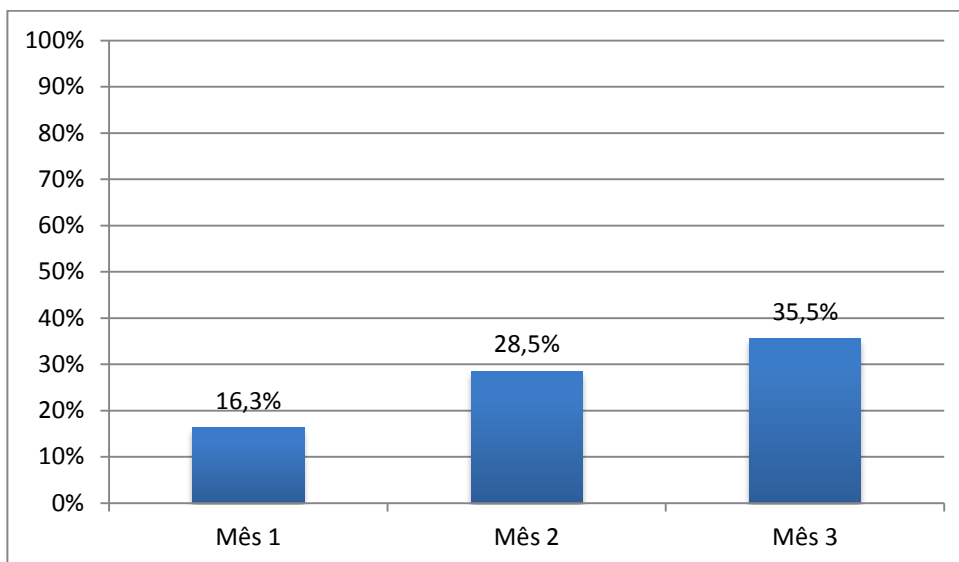


Figura 8: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS S-19. Manaus/ AM.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

O Protocolo do ano 2010 para o tratamento e controle de DCNT, assinala distintos exames que são precisos para realizar uma avaliação criteriosa da saúde de cada usuário assim como a necessidade de um exame clínico completo. Conforme as orientações ali propostas, a equipe realizou no primeiro mês um total 44 exames para usuários com HAS (69,8%). No final de segundo mês o número de usuários avaliados já era maior, foram avaliados 133 usuários hipertensos (86,9%) e no terceiro mês foi examinado clinicamente de acordo o protocolo todos os usuários com HAS atendidos, que corresponde a 100% do total.

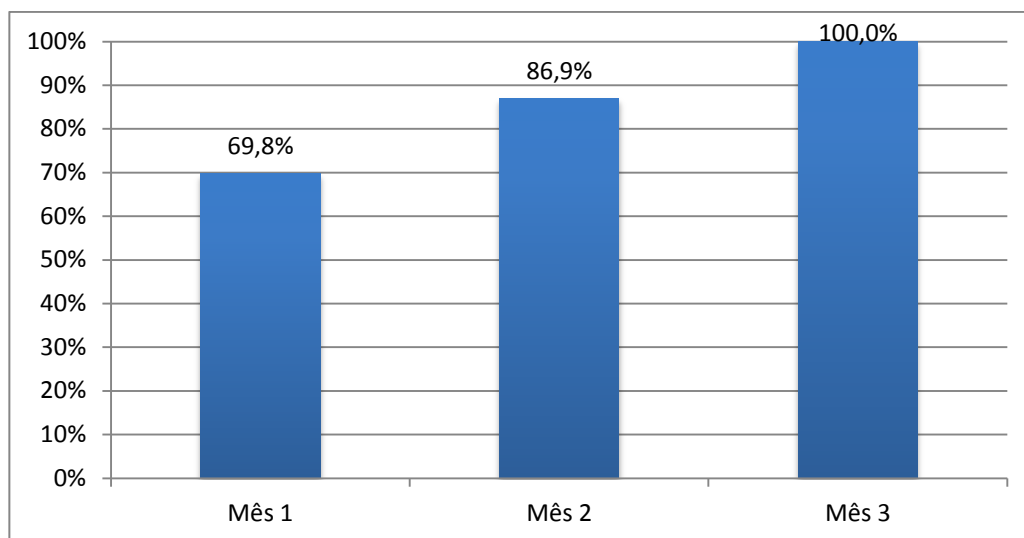


Figura 9: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia acordo com o protocolo na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

O Protocolo do ano 2010 para o tratamento e controle de DCNT, assinala distintos exames que são precisos para realizar uma avaliação criteriosa da saúde de cada usuário assim como a necessidade de um exame clínico completo. Conforme as orientações ali propostas, a equipe realizou no primeiro mês 24 exames clínicos de usuários com DM, representando a avaliação clínica de 85,7%. No final de segundo mês o número de usuários avaliados já era maior, foram avaliados 45 diabéticos (91,8%). Logo no terceiro mês, para encerrar o projeto, foi examinado clinicamente de acordo o protocolo todos os usuários com DM (61), conseguindo atingir 100% da população atendida com estas doenças.

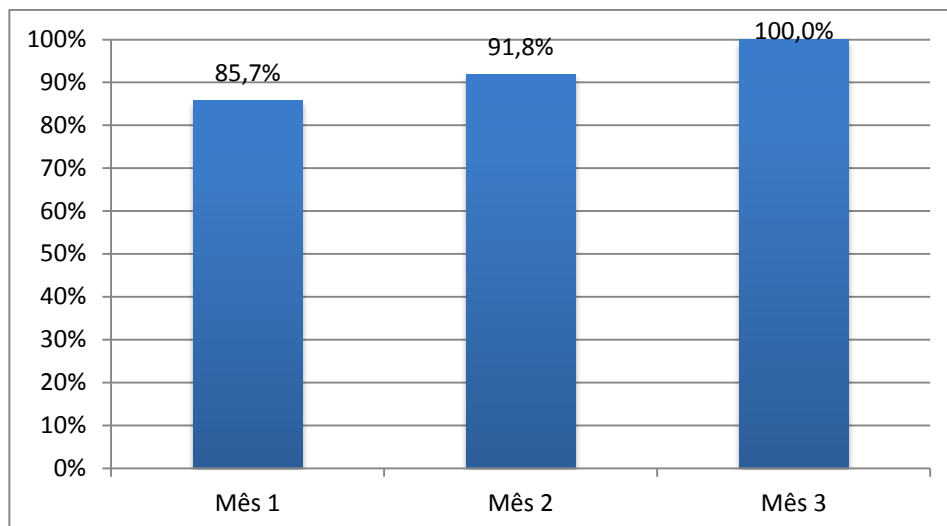


Figura 10: Proporção de diabético com exame clínico em dia acordo com o protocolo na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foram solicitados e avaliados todos os exames sugeridos, como é previsto no protocolo para usuário avaliado na intervenção. No primeiro mês, 43 hipertensos tiveram os resultados dos exames para ser avaliados em dia (68,3%). Durante o segundo mês já se conseguiu que 83,7% dos usuários tivessem seus exames em dia (128 usuários) e, ao final do projeto já estavam com os exames complementares em dia todos os usuários inclusos no projeto: 230 hipertensos (100%).

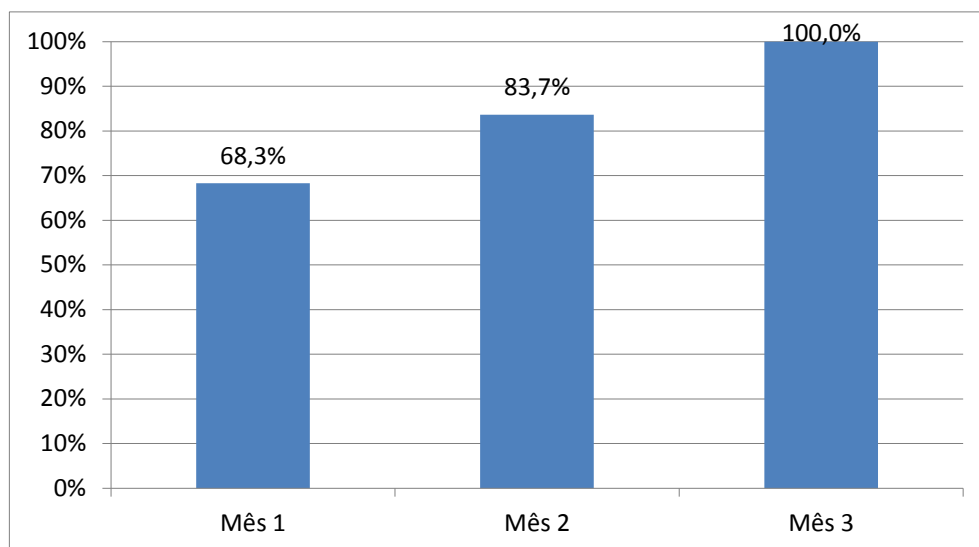


Figura 11: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, 24 diabéticos tiveram os resultados dos exames para serem avaliados (85,7%) respectivamente. Durante o segundo mês já se conseguiu avaliar 91,8% dos exames complementares para usuários com diabetes (45 usuários). Ao final do projeto já tinham sido avaliados todos 61 usuários com DM atendidos na intervenção (100%).

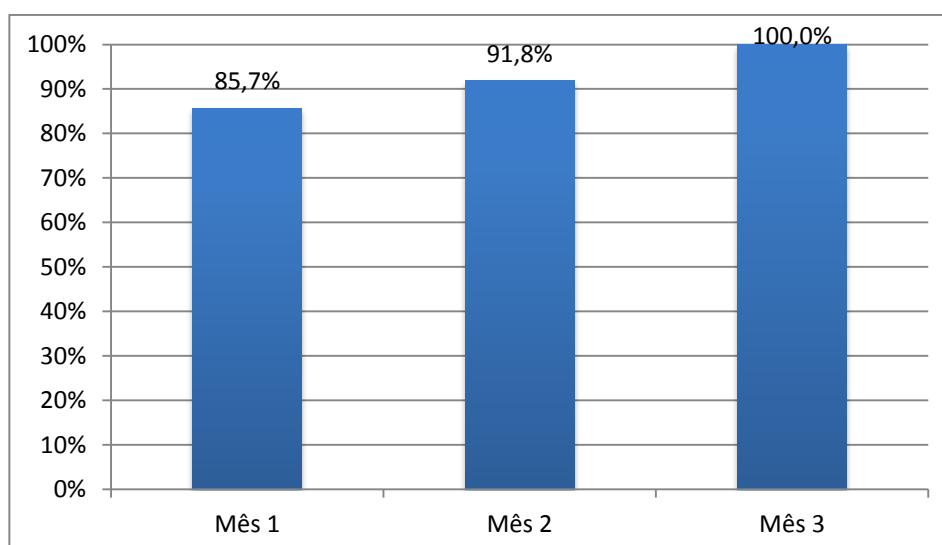


Figura 12: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Com o desenvolvimento da intervenção a equipe considerou respeitar alguns tratamentos em uso e que lhes estavam conferindo controle da doença ao usuário. Foram analisados os seguintes critérios:

- Nível de acessibilidade econômica da família e do usuário para comprar o remédio usado mensalmente.
- Controle clínico da doença com esse medicamento até o momento.
- Consentimento do usuário à mudança, se fosse necessário.

Desta forma o comportamento da prescrição de medicamentos da farmácia Hiperdia não atingiu 100% dos usuários participantes no projeto. No primeiro mês apenas 37 usuários estavam fazendo uso das medicações do programa Hiperdia/farmácia popular (58,7%). No segundo mês foram 110 usuários, que corresponde a 71,9% e no terceiro mês, 171 usuários, finalizando com 74,3% do total de pessoas com hipertensão. O restante deles está em uso de outras medicações.

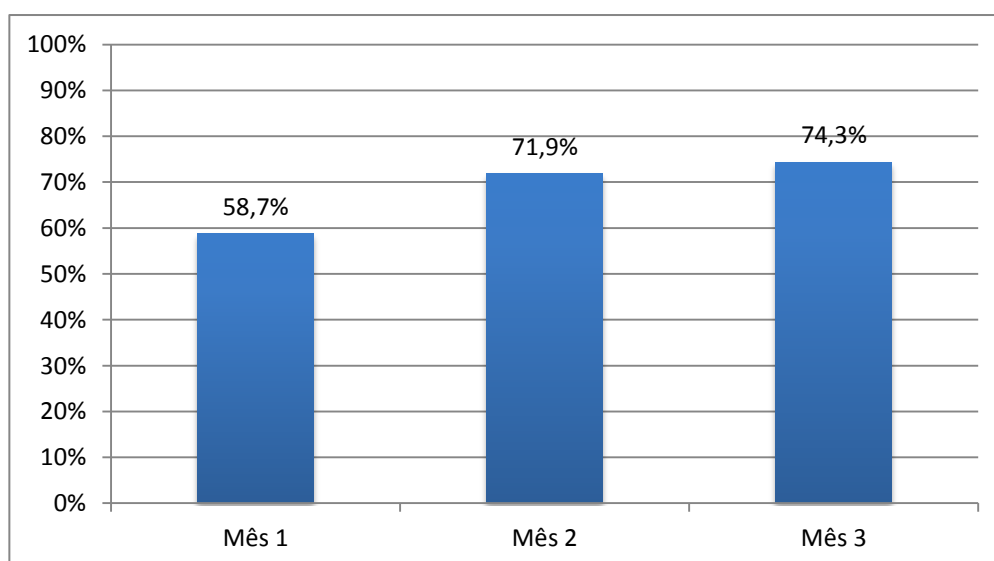


Figura 13: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Com o desenvolvimento da intervenção a equipe considerou respeitar alguns tratamentos em uso e que lhes estavam conferindo controle da doença ao usuário. Foram analisados os seguintes critérios:

- Nível de acessibilidade econômica da família e do usuário para comprar o remédio usado mensalmente.
- Controle clínico da doença com esse medicamento até o momento.
- Consentimento do usuário à mudança, se fosse necessário.

Desta forma o comportamento da prescrição de medicamentos da farmácia Hiperdia não atingiu 100% dos usuários participantes no projeto. No primeiro mês, 75% dos usuários com DM (21) estava fazendo uso das medicações do programa Hiperdia disponível na Farmácia Popular. No segundo mês foram 40 usuários (81,6%) e no terceiro mês 52 usuários (85,2%). O restante deles está em uso de outras medicações.

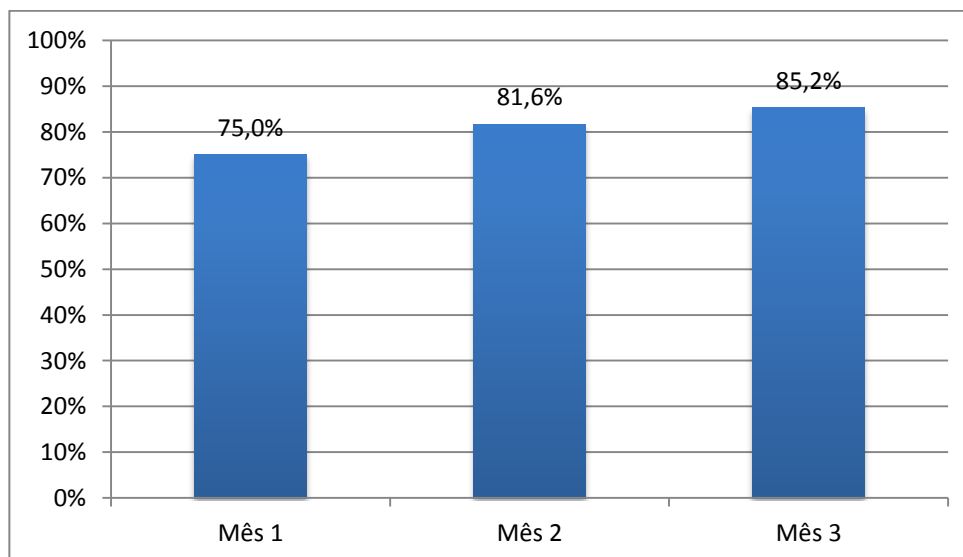


Figura 14: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 2.7: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para avaliar o desenvolvimento deste indicador não podemos esquecer as dificuldades apresentadas, durante a aplicação da intervenção, com o atendimento odontológico. Por questões que fogem à governabilidade da equipe, o atendimento odontológico ficou comprometido nesse período por conta da saída de férias do dentista e posteriormente com sua licença por motivos de saúde. Mesmo o esforço realizado não foi possível atingir 100% da população. No primeiro mês conseguiu-se avaliar 25,4% dos usuários com HAS, que corresponde a 16 usuários. No segundo mês foram 50 usuários (32,7%) e no terceiro mês 158, que corresponde a 68,7% da população hipertensa. Pode-se observar no gráfico correspondente o aumento gradativo nas avaliações realizadas a cada mês.

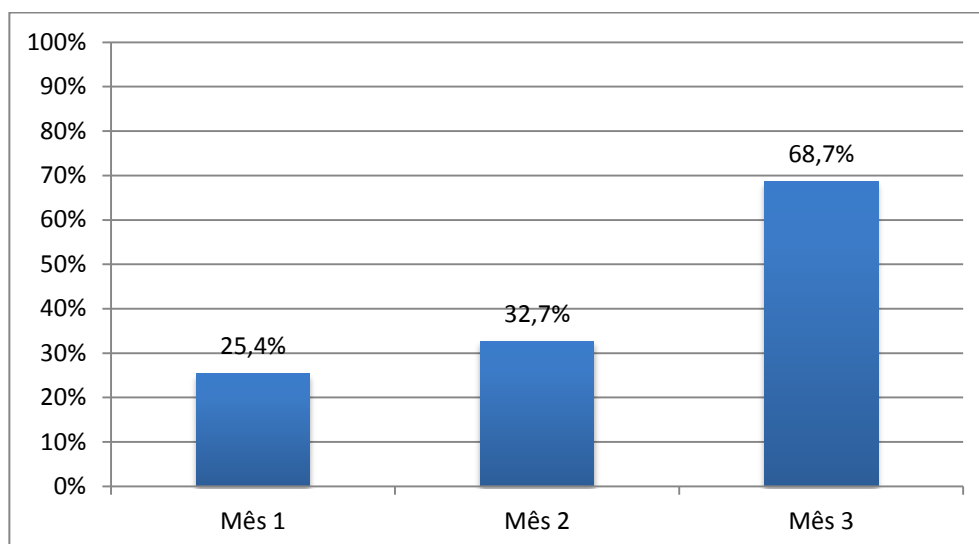


Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS S-19. Manaus/ AM.

Meta 2.8. Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Para avaliar o desenvolvimento deste indicador não podemos esquecer as dificuldades apresentadas, durante a aplicação da intervenção, com o atendimento odontológico, que já foram citadas. Dessa forma, não foi possível atingir aos 100% da população com DM. No primeiro mês conseguiu-se avaliar 10 usuários, que

corresponde a 35,7%. No segundo mês, 36,7% (18 usuários) e no terceiro mês 42 usuários (68,9%).

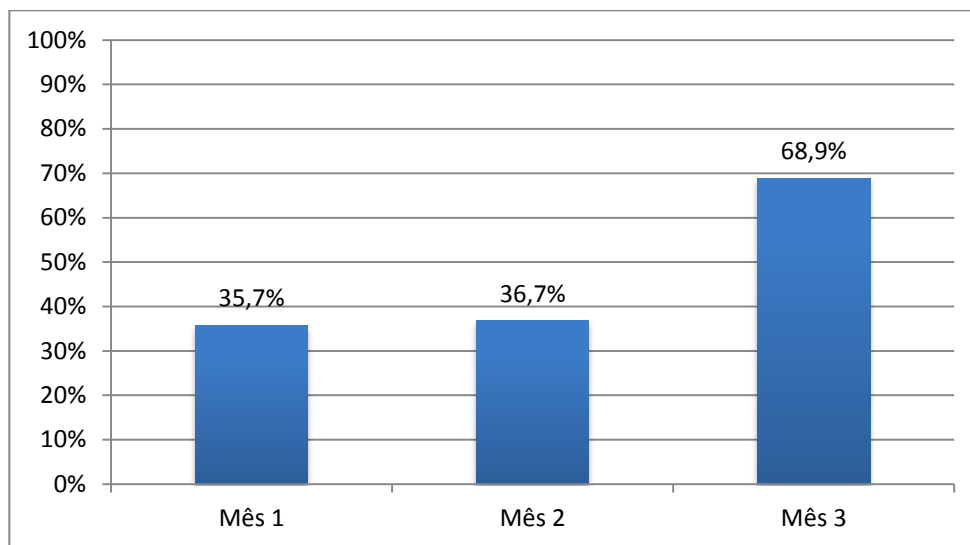


Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS S-19. Manaus/AM.

Objetivo 3 Melhoria da Adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Um dos desafios que se apresentou durante nossa “caminhada” foi à procura constante dos usuários faltosos às consultas de controle. Foi preciso fazer um trabalho intenso para garantir assistência de todos os usuários envolvidos no projeto. Muito importante e interligado ao processo de busca ativa dos usuários faltosos, foi a pesquisa realizada também durante a intervenção de usuários com abandono do tratamento ou uso irregular da medicação. Ela representou uma ferramenta importantíssima usada pelas ACS e a equipe toda para e que sem dúvida ajudou a alcançar os objetivos propostos. Esta atividade foi desenvolvida sem dificuldades, pois foi rapidamente incluída na rotina dos ACS. No primeiro mês, os 19 usuários com HAS faltosos foram buscados (100%). No segundo mês, dos 26 faltosos, 100% foram buscados e no terceiro mês as buscas totalizaram 26 usuários contemplando 100%.

Meta 3.2. Buscar 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

O mesmo procedimento realizado com os usuários com HAS foram colocados em prática com os usuários com DM. Dessa forma, no primeiro mês, os 4 usuários com DM faltosos foram buscados (100%). No segundo mês e no terceiro mês o número se manteve o mesmo com 4 usuários faltosos que foram buscados pelos ACS, contemplando 100% ao final.

Objetivo 4: Melhoria do Registro de Informação:

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A equipe avaliou a importância de ter uma ficha de acompanhamento para cada usuário, ela representa uma das ferramentas indispensáveis para ter um registro organizado do acompanhamento de cada usuário. O comportamento desta meta acompanhou o número de atendimentos realizados cada mês, conseguindo-se ao final ter uma ficha para cada usuário avaliado. No primeiro mês, 49 usuários, dos 63 atendidos possuíam o registro adequado (77,8%). No segundo mês esse número foi ampliado, com 139 dos 153 usuários atendidos (90,8%) e no terceiro mês, todos os 230 usuários atendidos (100%) tiveram seus registros adequados. As dificuldades apresentadas neste sentido deveu-se a falta temporária de fichas de acompanhamento, situação que posteriormente foi revertida e conseguiu-se alcançar as metas propostas.

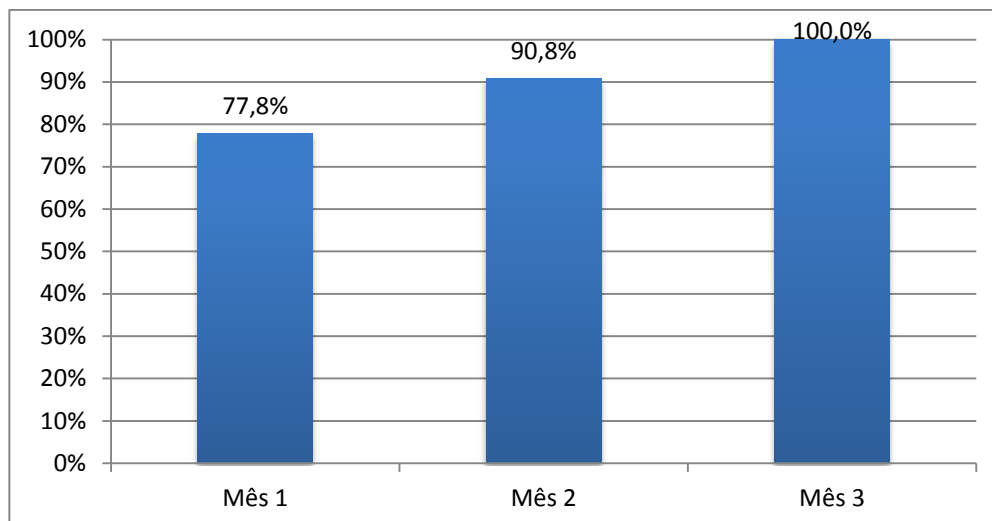


Figura 17: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Assim como no indicador dos hipertensos, o comportamento desta meta acompanhou o número de atendimentos realizados cada mês, conseguindo-se ao final ter uma ficha para cada usuário avaliado. No primeiro mês, 24 usuários, dos 28 atendidos possuíam o registro adequado (85,7%). No segundo mês esse número foi ampliado, com 45 dos 49 usuários atendidos (91,8%) e no terceiro mês, todos os 61 usuários atendidos (100%) tiveram seus registros adequados. As dificuldades apresentadas neste sentido deveu-se a falta temporária de fichas de acompanhamento, situação que posteriormente foi revertida e conseguiu-se alcançar as metas propostas.

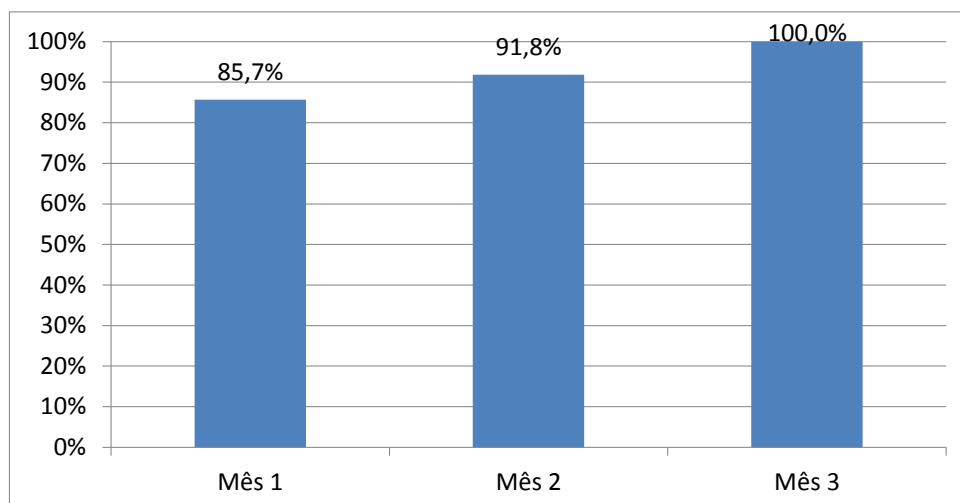


Figura 18: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS S-19. Manaus/AM.

Objetivo 5: Mapeamento de hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular:

Meta 5.1. Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação do risco cardiovascular é um elemento fundamental para a determinação futura de modificações de tratamentos atuais se fosse preciso assim como de estilos de vida. Dessa forma, a estratificação foi feita com vistas a oferecer uma maior qualidade de vida para usuário portador de uma doença específica.

Analisando o comportamento mensal desta meta pode se observar que durante no primeiro mês da intervenção se foi possível estratificar o risco de 46 usuários, que corresponde a 73% dos usuários hipertensos avaliados nesse mês. Já no segundo mês, o processo de estratificação conseguiu-se incrementar e avaliar 136 usuários, que corresponde a 88,9% dos hipertensos vistos nesse mês. Felizmente o trabalho realizado foi exitoso e no terceiro mês todos os 230 usuários participantes da intervenção foram avaliados, concluindo-se com o 100% dos usuários avaliados.

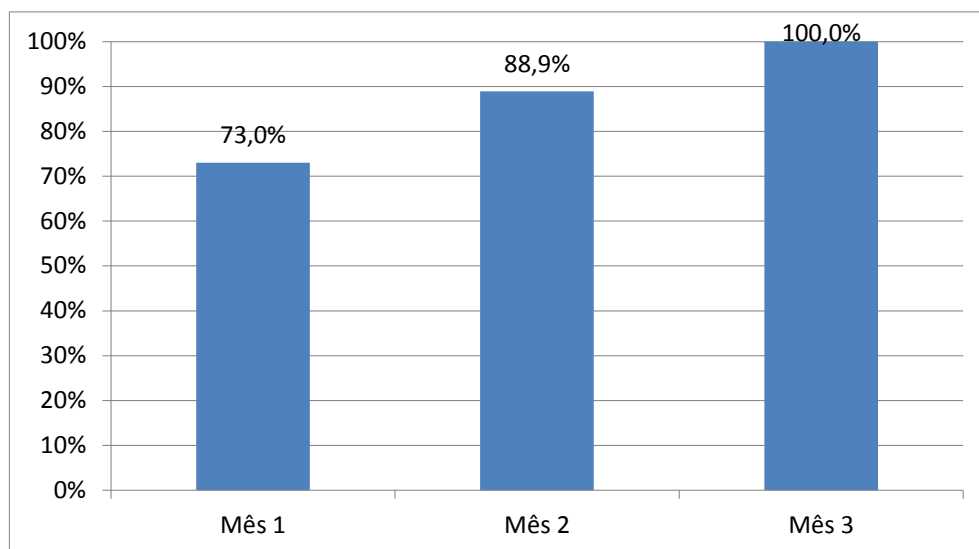


Figura 19: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS S-19. Manaus/AM.

Meta 5.2. Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Analisando o comportamento mensal desta meta pode se observar que durante no primeiro mês da intervenção foi possível estratificar o risco de 25 usuários com DM, que corresponde 89,3% dos diabéticos, já no segundo mês o processo de estratificação conseguiu-se incrementar e avaliar 93,9% dos usuários com diabetes. Felizmente o trabalho realizado com os usuários com DM também foi exitoso e, ao final, foram avaliados todos os 61 usuários participantes da intervenção, concluindo-se com o 100% dos usuários avaliados.

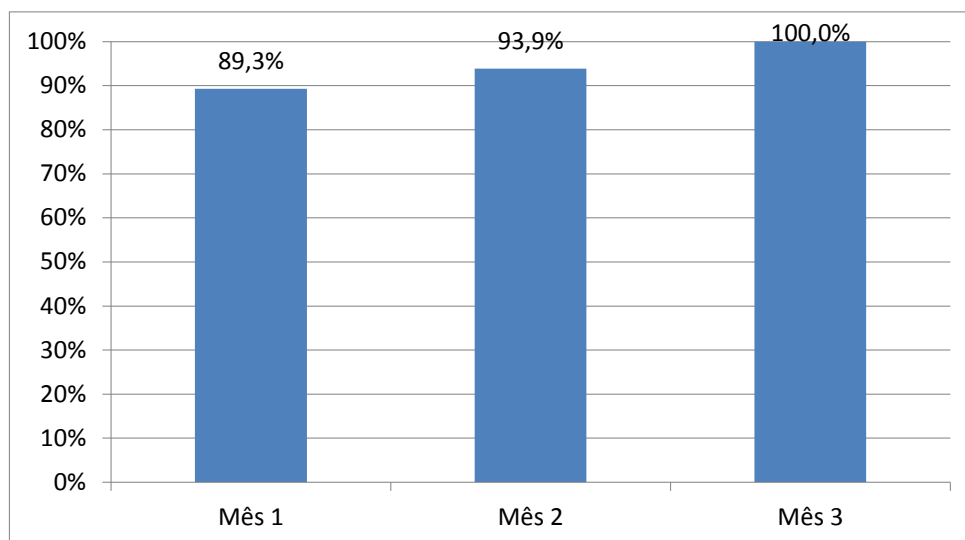


Figura 20: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS S-19. Manaus/AM.

Objetivo 6: Promoção da Saúde:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

As orientações sugeridas pela equipe de saúde para cada um dos usuários que participou da intervenção representou uma ferramenta importante para a melhoria das condições de saúde dos mesmos. Eles receberam dicas importantes em relação à doença que eles apresentavam e fundamentalmente eram orientados em relação à importância e significado que tinham a prática diária das orientações. Assim, a alimentação saudável e equilibrada foi um tema fundamental discutido com os usuários para o controle das DCNT. Sendo que, 63 usuários foram orientados no primeiro mês; 153 usuários no segundo mês e 230 usuários com hipertensão no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica nos três meses.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

As orientações quanto à alimentação também são de extrema relevância para os usuários com diabetes. Dessa forma, ao longo dos três meses todos os usuários que foram atendidos clinicamente também receberam orientações sobre alimentação, sendo 28 usuários no primeiro mês; 49 usuários no segundo mês e 61 usuários com diabetes no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica nos três meses.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Partindo da importância que representa a prática diária de exercícios físicos, 100% de nossos usuários foram orientados quanto à importância de uma prática de exercícios físicos que garantam o controle do peso corporal e o correto funcionamento do corpo como um todo. No primeiro mês 63 usuários foram orientados; 153 usuários no segundo mês e 230 usuários com hipertensão no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Com o mesmo comportamento que o indicador relacionado aos usuários com hipertensão, 100% dos usuários com diabetes também receberam orientações acerca da importância da prática regular de atividade física. No primeiro mês 28 usuários foram orientados; 49 usuários no segundo mês e 61 usuários com diabetes no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica.

Meta 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Seguindo a sequência das orientações realizadas, nunca foi esquecido o tema do tabagismo. Este tema foi abordado pela importância que representa para a saúde do usuário com DCNT o afastamento dos hábitos tóxicos, para alcançar controle destas doenças. Foram muito importantes para alcançar estes resultados as atividades de educação em saúde oferecidas durante a intervenção. Dessa forma, 100% dos usuários foram orientados sobre o tema durante a intervenção. No primeiro mês 63 usuários foram orientados; 153 usuários no segundo mês e 230 usuários com hipertensão no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica.

Meta 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo também são muito importantes para os usuários com diabetes e o comportamento do indicador foi semelhante. No primeiro mês 28 usuários (100%) foram orientados; 49 usuários no segundo mês (100%) e 61 usuários com diabetes no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica.

Meta 23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Apesar de termos enfrentado dificuldade com a atenção odontológica ao longo da intervenção, a orientação sobre higiene bucal não deixou de ser realizada para nenhum usuário atendido durante a intervenção. No primeiro mês 63 usuários (100%) foram orientados; 153 usuários no segundo mês (100%) e 230 usuários com hipertensão no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica.

Meta 24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Da mesma forma que ocorreu com os usuários com hipertensão, os usuários com diabetes também foram orientados em todos os atendimentos sobre higiene bucal. No primeiro mês 28 usuários (100%) foram orientados; 49 usuários no segundo mês (100%) e 61 usuários com diabetes no terceiro mês, alcançando-se 100% dessa população específica.

Felizmente conseguimos concluir a intervenção com a satisfação de ter contribuído um pouco mais com a saúde de uma população que precisava, mas principalmente com a satisfação dos resultados obtidos com a implementação de uma ferramenta que chegou para complementar o nosso trabalho. A mesma certamente continuará sendo utilizada para melhorar a qualidade do atendimento fornecido na unidade.

4.2 Discussão

A intervenção realizada, além de ampliar a cobertura do programa na unidade e o alcance de muitas metas propostas, ajudou a melhorar a qualidade do atendimento oferecido até o momento.

Foi melhorada a qualidade dos registros tanto nas fichas individuais como em nossos arquivos, que ficam agora melhor organizados e com maior acessibilidade a cada uma das documentações individuais de todos os usuários. Durante a realização da intervenção foram realizados registros individuais para cada usuário avaliado, ficando registrado assim o comportamento atual das doenças avaliadas, tratamento recomendados, fatores de riscos achados durante o acompanhamento do usuário entre outros dados importantes para futuras avaliações. Para que essas análises fossem feitas pela equipe, foi muito importante a utilização da ficha espelho disponibilizada pelo curso.

Com o foco de melhorar a qualidade dos atendimentos realizados também foi garantida a realização de exame físico e laboratorial para todos os usuários inclusos na intervenção, como é pautado no protocolo de atendimento das DCNT. Com o desenvolvimento deste tipo de atividades, a comunidade avaliada ganhou qualidade no atendimento por parte da equipe de saúde. Neste aspecto também foi avaliado a totalidade da população participante da intervenção.

Durante a intervenção foi possível ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes da população adstrita à equipe de saúde. Foi realizado um trabalho de cadastro da população com HAS e DM, porém não foi alcançada a estimativa de usuários que podem estar apresentando estas doenças em correspondência com o total de população de abrangência da equipe de saúde. Mesmo assim o cadastro feito representa, para as etapas futuras de trabalho, um controle estrito de usuários portadores destas doenças que facilitará o acompanhamento multiprofissional nos períodos determinados para cada usuário em específico, levando em conta o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outros parâmetros.

Também foi muito importante a utilização da estratificação de risco cardiovascular e o atendimento odontológico para alcançar uma maior qualificação do atendimento clínico. Ambas as avaliações garantiram uma abordagem integral da saúde.

Foi feita uma abordagem odontológica que analisou a necessidade individual de cada usuário em relação ao acompanhamento e tratamento de doenças odontológicas associadas às doenças bases (HAS e DM). Essa avaliação não foi realizada em 100% da população incluída no projeto por dificuldades que estão fora de nossa governabilidade, entretanto, a equipe vai continuar avaliando a aqueles usuários que não conseguiram esta avaliação no período inicial.

A estratificação de risco para desenvolvimento de futuras doenças cardiovasculares foi outra das atividades realizadas e que ajudou a “traçar” mapas de acompanhamento individualizados analisando a condição atual de cada usuário. Esta avaliação foi realizada utilizando os dados oferecidos pelo exame físico do usuário, resultados dos exames laboratoriais feitos e a avaliação do nível de risco aportada pelo Escore de Framingham. Com a intervenção, foi possível avaliar a 100% dos usuários.

Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabéticos ao programa de atenção aos usuários com estas doenças foi outra das atividades realizadas, para isto foram realizadas visitas domiciliares para procurar aqueles usuários faltosos às consultas de controle já planejadas pela equipe. Desta forma todos os usuários foram avaliados.

Em fases futuras de aplicação da intervenção, a equipe vai trabalhar para realizar um rastreamento populacional procurando pessoas com estas doenças e

que ainda não estão cadastrados para assim conseguir aumentar o número de usuários acompanhados com estas doenças e atingir as estimativas calculadas.

Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes foi outra de nossas expectativas a alcançar durante o processo de intervenção na comunidade para isso foi preciso garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Todas estas orientações foram dadas para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

Sem dúvida, esta intervenção em saúde representou para a equipe um passo muito importante a cumprir. Ela demonstrou que o trabalho em equipe tem melhores e maiores resultados. Ajudou a alcançar uma maior interação com a população portadora destas doenças, assim como com toda a comunidade, e principalmente conseguiu-se chegar até muitos usuários faltosos à consulta gerando para eles e suas famílias a satisfação de ter uma saúde melhor.

Com todas estas mudanças, o serviço oferecido na unidade foi complementado, tendo avaliações mais completas o que facilita a adoção de condutas terapêuticas individualizadas. Para esse alcance, destaca-se a contribuição da avaliação do risco e da realização de exames de acordo com o protocolo.

A comunidade foi a maior beneficiada com a implementação desta intervenção: conseguiu-se atingir a um maior número de usuários com hipertensão e diabetes, porém ainda temos pessoas com estas doenças que ainda não estão cadastradas por falta de conhecimento em relação às doenças e as condutas médicas em relação a estas situações. Além disso, a implementação desta intervenção ofereceu para aqueles que foram incluídos, a realização de exames laboratoriais recomendados pelo protocolo. A avaliação odontológica foi um complemento importante para encerrar as avaliações integrais da saúde de todos os participantes.

Se a intervenção fosse planejada para começar novamente, a equipe considera importante algumas mudanças: por exemplo: seria uma boa alternativa a realização de um trabalho comunitário prévio que garantisse uma caracterização mais detalhada da população da área de abrangência, esta caracterização ofereceria um panorama das doenças existentes na área, o conhecimento que tem esta população em relação a estes temas, assim como a abordagem que eles estão

recebendo nestes casos. Partindo destes estudos, junto com a fase de análise situacional, seria melhor e mais abrangente o desenho de um projeto dirigido a esta população e suas particularidades.

Com os acertos e desacertos da intervenção implementada, fica bem claro que os acertos são maiores e ela representa uma ferramenta para implementar e melhorar a qualidade do serviço oferecido, a saúde de comunidade, garantindo assim a acessibilidade a um serviço de qualidade para todos.

Dessa forma, avalia-se que as ações realizadas até então durante a intervenção são possíveis de serem mantidas na rotina da UBS. Para isso é preciso um envolvimento maior da gestão neste tipo de atividade, que garante um apoio maior em relação a materiais educativos, parcerias com outros níveis de atenção em saúde que ofereça a possibilidade de uma avaliação complementar de alguns usuários com condições clínicas associadas e que influenciam no controle das doenças avaliadas durante a intervenção. Igualmente analisou-se também a importância de desenvolver mais atividades de promoção em saúde que garantem aprofundar no conhecimento até agora oferecido aos comunitários portadores destas doenças. Porém a manutenção destas ações representaria um ganho maior de conhecimentos e saúde para os usuários envolvidos no projeto.

Ao refletir sobre os próximos passos para a melhoria dos ganhos da intervenção, a equipe considera importante implementar este modelo prévio de realização do estudo da comunidade para chegar a um maior número de usuários.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado (a) Gestor (a):

A equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) S-19, realizou uma intervenção junto à população adstrita da área de abrangência e que vive com doenças crônicas, especialmente, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM).

A intervenção foi realizada por considerar o impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na saúde da nossa população. Na análise realizada foram identificando que estes usuários desconhecem o que acontece nos organismos das pessoas que sofrem com estas doenças, levando os mesmos ao abandono dos tratamentos recomendados e a insistência as consultas planejadas pela equipe, entre outras dificuldades.

Baseados nestas dificuldades e estimulados pela necessidade de garantir a integralidade da atenção em saúde, acessível e de qualidade para todos, como é preconizado pelo SUS, a equipe desenhou e implementou uma intervenção em saúde dirigida fundamentalmente para os 698 usuários com HAS e 172 usuários com DM que seria a população estimada de usuários com essas patologias na nossa área de abrangência.

O objetivo fundamental desta intervenção foi melhorar a atenção, a adesão dos usuários ao programa, melhorar o registro das informações, assim como realizar um mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover mudanças em estilos de vida dos usuários e a comunidade para melhorar assim a saúde deles.

A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, no período de abril a julho de 2015, e orientada por um cronograma de atividades que garantiram a cobertura da população, e pelo protocolo do tratamento e controle do Ministério da Saúde de 2013. As atividades planejadas no cronograma foram realizadas levando em conta quatro ações fundamentais: atividades de monitoramento e avaliação, de engajamento público, organização e gestão dos serviços e qualificação da prática clínica. Cada uma das atividades planejadas representou para a equipe, uma meta para alcançar.

Dessa forma, estabeleceu-se a necessidade de cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Melitus da unidade de saúde. Ao final dos três meses, foram atendidos 230 usuários com HAS e 61 usuários com DM, de forma que se conseguiu oferecer cobertura de 33,0% da população com HAS e 35,5% com DM. Durante os três meses de desenvolvimento do projeto se obtiveram um incremento gradativo de usuários abordados pela intervenção e pretende-se alcançar 100% dos usuários cadastrados.

Realizar exame clínico apropriado e garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo para 100% dos hipertensos e diabéticos, como é pautado no protocolo de tratamento e controle de DCNT, foram realizados os exames laboratoriais em cada usuário, para ter uma avaliação criteriosa da saúde de cada usuário.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Neste sentido, a intervenção, não atingiu 100% dos usuários participantes no projeto, pois, somente 74,3% dos hipertensos estão fazendo uso das medicações do programa Hiperdia e 85,2% dos diabéticos na mesma situação. O restante deles está em uso de outras medicações prescritas. Neste aspecto a equipe considerou a importância de respeitar alguns tratamentos em uso que estavam conferindo controle da doença ao usuário considerando a avaliação do nível de acessibilidade econômica da família e do usuário para comprar o remédio usado mensalmente, o controle clínico da doença com o medicamento usado até o momento, e o consentimento do usuário ao câmbio de medicação se fosse necessário.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. Por questões fora de nossa governabilidade, o atendimento odontológico foi afetado por diferentes razões, de forma que não se conseguiu avaliar 100% da população, mesmo assim, obtemos mais de 68% dos casos. Acreditamos que temos que reforçar este aspecto para futuras aplicações da intervenção.

Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Esta atividade foi desenvolvida para garantir a busca ativa de todos os usuários com HAS e DM inclusos nesta condição, obtendo-se a avaliação de 100% da população inclusa no projeto.

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. A ficha de acompanhamento de cada usuário foi realizada e configurou-se como uma das ferramentas indispensáveis para ter um registro organizado do acompanhamento de cada usuário. O comportamento desta meta acompanhou o número de atendimentos realizados cada mês, possibilitando que ao final da ação, cada usuário avaliado tivesse sua ficha de acompanhamento.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Esse foi um elemento fundamental para a determinação futura de modificações de tratamentos atuais se fosse preciso assim como de estilos de vida, assim foram avaliados todos os usuários participantes da intervenção realizando para cada um deles a avaliação do risco para desenvolver outras doenças principalmente relacionadas com o sistema cardiovascular.

Outra atividade importante realizada durante o desenvolvimento desta intervenção foi às orientações dadas para cada usuário. Eles recebiam as dicas mais importantes em relação as doença que eles apresentavam e fundamentalmente eram orientados em relação à importância e significado que tinham a pratica regular de aquelas orientações. Assim determinamos como outras metas a desenvolver:

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos da área de saúde.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Os resultados da intervenção representaram para a equipe e a comunidade um avanço na qualidade da atenção oferecida pelo SUS na unidade UBS S-19, porem a equipe pretende estender sua aplicação em próximos períodos de trabalho.

Sem dúvidas para ter um maior alcance e repercussão na comunidade é preciso um apoio maior da gestão que reforce aspectos fundamentais da intervenção como a suplementação de materiais educativos como folhetos com informação em relação às DCNT, maior cobertura de materiais de consumo assim

como a substituição ou reparação frequente dos aparelhos que foram utilizados durante a intervenção. Da mesma forma, espera-se maior apoio para estimular trabalhos inter-relacionados com outros profissionais tais como nutricionistas, educadores em prática de exercícios físicos, para alcançar maiores e melhores resultados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários da UBS S-19. Manaus- Amazonas.

Durante três meses realizamos na Unidade Básica de Saúde (UBS) S-19 uma intervenção em saúde com foco em duas doenças muito frequentes em nossa população de abrangência: a Hipertensão Arterial e a Diabetes.

Esta intervenção representa uma “estratégia em saúde” utilizada como ferramenta para melhorar as “fraquezas” que foram encontradas em nossa população, a partir de uma análise prévia realizada do estado de saúde geral da população.

A equipe atualmente tem cadastrados em nossa comunidade 230 usuários registrados com Hipertensão e 61 com diabetes, mas o número estimado de pessoas que podem sofrer dessas patologias é de 698 usuários com hipertensão e 172 com diabetes. Isso significa que precisamos encontrar e cadastrar mais pessoas no programa de acompanhamento na unidade.

Dentre as “debilidades” em saúde que nossa população estava apresentando identificamos que muitos dos usuários tinham conhecimentos insuficientes em relação com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentro das quais temos a hipertensão e o diabetes. Este desconhecimento leva ao abandono do tratamento e a aparição das complicações associadas ao não controle destas doenças. Este descontrole, sem dúvidas, influencia na saúde dos usuários que tem estas doenças, no funcionamento familiar e também na saúde da comunidade toda.

Outra situação encontrada, através do contato com os usuários com estas doenças, foi que mesmo tendo conhecimento que tem uma DCNT alguns deles abandonam os tratamentos recomendados, até chegam a abandonar o acompanhamento médico e de enfermagem. Estas situações acontecem por diferentes razões, e a principal delas é que existem casos que não consideram estas

doenças como crônicas e acreditam que só se precisa de tratamento ou acompanhamento médico quando aparece uma urgência ou emergência médica neste sentido.

Dessa forma, essa intervenção foi realizada em três meses, no período de abril a julho de 2015. Foram realizadas muitas atividades, todas elas com um objetivo global, que era melhorar a atenção a estes usuários.

A intervenção buscou acolher 100% da população cadastrada na unidade e todos 100% foram examinados como é recomendado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013. Foram solicitados os exames complementares necessários para avaliar sua saúde e foi avaliado o risco cardiovascular para cada um deles.

A intervenção ofereceu cobertura de atendimento médico e de enfermagem para 33% de usuários com Hipertensão e 35,5% para diabéticos, com um total de 230 usuários com HAS e 61 usuários com DM. Estas atividades ajudaram a equipe a identificar e registrar aos usuários com estas doenças e ter assim um acompanhamento diferenciado para tentar diminuir, na medida do possível estes riscos, além de oferecer para eles a oportunidade de um acompanhamento mais rigoroso.

Outro aspecto analisado durante a intervenção foi a necessidade de prescrever medicamentos para o controle destas doenças, de preferência aqueles que se encontraram disponíveis na farmácia popular hiperdia e que são fornecidos gratuitamente para garantir assim o acesso do usuário de forma periódica e diminuir assim o risco de abandono do tratamento. Neste caso foram avaliados todos os usuários participantes e algumas condições de saúde associadas, determinando-se assim que um pouco mais de 50% dos participantes precisam destes tratamentos disponibilizados. Os outros participantes apresentaram outras condições que não favoreceram a utilização deste medicamento e estão com outros tratamentos.

Também foi realizada a avaliação das necessidades de atendimento odontológico para a população com estas doenças. Tivemos algumas dificuldades nesse aspecto, entretanto conseguimos atender a mais de 68 % da população com Hipertensão e Diabetes Mellitus. A equipe considerou que esta ação terá continuidade até que tenhamos atingido 100% dos usuários.

Foi identificada como outra de nossas dificuldades que muitos usuários faltam a consultas de controle planejadas previamente sendo uma das dificuldades mais importantes para enfrentarmos a doença e que limita o correto

acompanhamento da equipe de saúde. Neste aspecto a equipe trabalhou fortemente e conseguiu avaliar ao final 100% dos usuários faltosos a consulta.

Promover uma boa saúde é uma das tarefas fundamentais do nível primário de saúde. Neste sentido foram desenvolvidas várias atividades: a comunidade foi incentivada a adotar novos estilos de vida mais saudáveis, se estimulou a prática diária de exercícios físicos e a adoção de mudanças na alimentação para torná-la mais saudável.

Outro momento importante foi a realização de atividades de promoção em saúde, pois fornecemos diferentes tipos de orientações para cada usuário, o que representou, sem dúvidas, uma ferramenta que garantiu que todos fossem orientados em relação a dicas mais importantes relacionadas com orientação nutricional e alimentação saudável, à prática regular de atividade física. Além disso, foi orientado sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da área que participaram da intervenção.

Senhoras e Senhores usuários, sem dúvida o desenvolvimento desta intervenção para a comunidade representou um avanço em matéria de saúde. O ganho fundamental foi conhecimento o que representa o início de futuras mudanças em estilos de vidas e melhor qualidade de vida para estes usuários garantindo assim melhor qualidade de vida.

Este tipo de intervenção que foi aplicada teve grande impacto na saúde dos usuários com estas doenças, porém na família e na comunidade toda. Avaliando estes resultados, a equipe espera continuar utilizando esta ferramenta até incorporar à nossa rotina diária de trabalho, mas é de vital importância uma maior participação da comunidade neste tipo de trabalho para reforçar as atividades planejadas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o processo prévio de preparação e o percurso da intervenção comunitária foi exigido de toda a equipe um processo constante de superação profissional. Foram muitos os aprendizados relevantes decorrentes da intervenção, todos representaram um ganho principalmente de conhecimentos para todos.

Para garantir o êxito da aplicação desta intervenção, primeiro tínhamos que garantir um convencimento geral, do grupo de trabalho, em relação à importância que representava para todos a aplicação desta nova ferramenta.

Neste tempo foi preciso procurar informações atualizadas em relação às doenças a serem tratadas, novas mudanças nas linhas terapêuticas destas doenças e até recursos para alcançar uma boa comunicação interpessoal, fato muito importante em este tipo de atividade.

A equipe procurou desenvolver uma intervenção que apresentasse um enfoque integral da saúde humana. Para isso foi necessário estimular a necessidade de incrementar nossos conhecimentos básicos em relação a diferentes temas de saúde, dentre deles a saúde bucal. Para isso foi preciso realizar reuniões de capacitação, dirigidas pela equipe de odontologia. Nestas reuniões explicou-se em relação às diferentes formas de avaliação da saúde bucal em cada um de nossos usuários.

Elevar a qualidade do serviço oferecido na unidade foi uma das metas propostas a alcançar durante as 12 semanas de intervenção. Para isso foi preciso nos submeter a um processo de capacitação para todos conhecerem mais em relação às algumas orientações básicas que seriam recomendadas para cada

usuário participante. Uma destas orientações básicas teve relação com a prática regular de exercícios físicos. Neste sentido foram revisados estudos recentes que analisaram sobre os benefícios na saúde que oferece a prática regular e supervisionada de exercícios físicos, para assim ter argumentos sólidos para serem repassados para os usuários e assim eles perseverem a importância do cumprimento desta orientação.

O inter-relacionamento com outros profissionais durante o percurso da intervenção representou uma ferramenta de trabalho importante. Ela garantiu um nível maior de interação e intercâmbio de informações entre os usuários e a equipe, com um incremento dos conhecimentos para todos: equipe e usuários. Neste caso podemos citar a cooperação oferecida pelos nutricionistas. Eles nos ajudaram a ter orientações sustentadas em argumentos fortes com relação aos benefícios de uma alimentação saudável para alcançar um controle de certas doenças. Eles representaram uma ajuda muito importante, ofereceram informações e atualizações valiosas para a equipe em relação às principais mudanças a serem orientadas para os usuários participantes da intervenção, orientaram também em relação a dicas para sugerir ao usuário para alcançar êxito na sua alimentação. De forma geral, eles aumentaram nosso nível de conhecimento em relação ao tema da alimentação saudável e sua repercussão na saúde.

Também foram consultadas novas literaturas e trabalhos que faziam referência ao tabagismo e sua influência sobre as DCNT.

A participação ativa de todos os membros da equipe, durante a intervenção, demandou uma preparação de todos por igual. Neste sentido tiveram uma importância relevante as reuniões de equipe programadas para ser desenvolvida cada semana. Aqui foram tratados diferentes temas com a participação ativa de todos. Trataram-se temas de atualidade em relação com as doenças a serem avaliadas, foi analisado o funcionamento dos aparelhos a serem utilizados durante este período, formas corretas de utilização e até as formas corretas de interpretação dos resultados obtidos através deles.

A implementação de projetos inovadores exige de aqueles que lhe pretendem desenvolver, uma preparação maior, porem ele traz incluso um processo grande de aprendizagem. O desenvolvimento desta intervenção representou para minha prática profissional uma conquista a mais em relação ao cumprimento de um

dever: gerar e oferecer saúde de qualidade para as pessoas para as quais ofereço o serviço.

De forma geral, o processo de aprendizagem gerada a partir da intervenção aplicada foi muito bom. Com os recursos aprendidos conseguiu-se desenvolver, com resultados satisfatórios a intervenção em saúde na população da área de abrangência da equipe de saúde UBS S-19.

Mesmo com os resultados obtidos, pretendemos aprofundar um pouco mais sobre técnicas de comunicação e educação em saúde que serão aplicadas em etapas posteriores da intervenção já incluída como uma ferramenta de trabalho diário da equipe para ter assim melhores resultados.

O curso de especialização em saúde da família representou para mim um desafio profissional. Às expectativas foram muitas e todas foram alcançadas no decorrer do tempo. Com o desenvolvimento das atividades planejadas pelo curso, minha prática profissional foi fortalecida ainda mais. Dentre os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso pode-se assinalar o fortalecimento dos conhecimentos em relação as DCNT assim como a atualização em relação ao protocolos de manejo destas doenças aqui no Brasil. No meu caso particular, o período de intervenção exigiu um esforço maior, foi preciso procurar e consultar o protocolo de manejo clínico de HAS e DM, analisarem as linhas terapêuticas recomendadas para cada caso, foi preciso conhecer em relação aos principais medicamentos usados, diferentes apresentações farmacêuticas dos medicamentos utilizados, dosagem utilizadas a partir das recomendações protocoladas, reações adversas mais frequentes reportadas, interações medicamentosas dentre outras informações.

A qualificação técnica foi necessária para aumentar o nível de conhecimentos que seria preciso ter para poder interagir com o usuário e compartilhar com ele as informações precisas para evitar desistências aos tratamentos recomendados. Além disso, foi preciso aprofundar as formas de aplicação e interpretação do Escore de Framingham para a estratificação do risco cardiovascular realizada a cada usuário incluso na intervenção.

Referências

BRASIL. MS/PAHO. Doenças Crônicas não transmissíveis; Estratégias de controle e desafios para os Sistemas de Saúde. Autor: Flavio Goulart. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf> Acesso em 12 fev, 2015.

BRASIL. Vigitel Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014. Disponível em: www.ibge.gov.br/. Acesso em 12 jul. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Disponível em: <http://www.idf.org/the-campaign/unite-for-diabetes/why-diabetes>. Acesso: 20 nov. 2014.

JORNAL A CRÍTICA. Saúde pública ainda é um desafio em Manaus. 06 outubro 2013. Manaus (AM). Disponível em: http://acritica.uol.com.br/manaus/Saude-publica-desafio-Manaus_0_1005499464.html. Acesso em: 20 nov 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/471-sao-13-4-milhoes-de-pessoas-portadoras-de-diabetes-no-brasil>. Acesso em: 20 nov. 2014.

USDHHS. National Institute of Health. National Heart , lung and Blood Institute. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation,

and Treatment of High Blood Pressure. Disponível em:
<<http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>> acesso em: 12 fev.2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês					
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1				

Anexo C - Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante